Medizinische [illegible]

Die Wochenschrift des [illegible] Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

[illegible] gen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Kohlensäure-Bä...

...Diabetiker), Bromsalz, Chinin-Eisenzitrat, Eisen- ... Lithiumsalze, brs. Karls- ...gnesiumzitrat, Selters-Er- ...ungssalz usw.

...Neuenahrer, ... Salzschlirfer, Sodener, Vichy, ... Wildunger und viele an...

Augenbäder (mit küns... Salz) zur ... und Verhütung äußerer katarrhalischer und entzündlicher Augenerkrankungen, sowie zur Pflege der Augen.

...uchtsalz, ein ...schendes, beruhigendes und vor- ... Verdauung regelndes Mittel.

haben sich am längsten bewährt und bleiben noch heute die einfachsten und **billigsten.** **Langsame, stetige Gasentwicklung.** Kohlensäure-Bäder aller Systeme, auch natürliche, greifen emaillierte und Metallwannen an. Um dies bei meinen Bädern zu vermeiden, gebrauche man meine Schutzeinlage.

Sauerstoff-Bäder.

Nachahmungen meiner Salze sind oft minderwertig und dabei nicht billiger.

Ständige Ausstellung im Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin. **Dr. Ernst Sandow, Hamburg 30.**

Oïnose

gesetzl. geschützt Nr. 80303.

Reine Traubenhefe

durch spezielle Kultur dem sauren Magensaft angepasst.

Preis per Flasche M. 6.— à 1 Liter Inhalt.

Levuretin

gesetzl. geschützt Nr. 43358.

In Luft getrocknete

Bierhefe

Bakteriologisch rein und nicht mit Stärke vermischt. Zellen intact u. lebenskräftig, granuliert und in Tabletten à 0,5 g.

1/4 Flasche für 8 Tage M. 1.50
1/2 „ „ 14 „ „ 2.75
1/1 „ „ 1 Monat „ 4.80

Beides gegen **Furunkulose, Anthrax, Ekzem, Hautkrankheiten gastrischen Ursprungs** u. **Verdauungsstörungen.**

Versuche mit Levuretin und Oïnose gegen **Zuckerkrankheit** haben weitgehende Hoffnungen erfüllt,

Laboratorium und Fabrik E. FEIGEL in Lutterbach bei Mülhausen i. E.

Dr. Walther Koch's „Prävalidin"

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampher und Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. u. II. Stadium der **Lungentuberculose.** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. Stadium. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anämie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à M. 1,20 für Erwachsene und M. 0,80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich.
Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Jahresversand 1911: 31700 Tuben. Literatur u. Proben durch die **Woll-Wäscherei u. Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.**

Expectorans

Bei **Bronchitis** Rachenkatarrh Keuchhusten und andere Erkrankungen der Atmungsorgane.

Sir. spec. expect. cps. Dohnal (Thymobronchin) (W. Z. No. 137857)
Zusammensetzung: Inf. Spec. exp. cps. (30%) 50,40%, Extr. Spec. exp. spirit. 4,00%, Kal. bromat 0,60%, Sacchar. 45%.
(Spez. exp. cps. = Sem. Ajowan [Desinficiens] 5,0, R. Seneg. Fol. Cast. vesc. Flor. Rhoeados. Hb. Orig. cret. á 4,0 Hb. Thymi, Serpylli. Fr. Phell. aa 3,0/100,0.)

Originalflasche ca. 330,0 M. 2,25; Kassenpackung ca. 160,0 M. 1,00.

Mohren-Apotheke, Leipzig 12.

Proben, Literatur kostenlos.

PERDYNAMIN

Hämoglobin-Präparat, durch seinen hohen Gehalt an natürlichem Bluteisen als Kräftigungsmittel für Erwachsene und Kinder vorzüglich bewährt. Besonders beliebt wegen seines guten Geschmackes u. seiner appetitanregenden Wirkung. Unschädlich für die Zähne u. leicht verdaulich.

LECITHIN-PERDYNAMIN

als Lecithin-Hämoglobin-Präparat zur Erhöhung des Hämoglobingehaltes im Blute und zur Kräftigung des Nervensystems ärztlich empfohlen. Vorzügliches, angenehm schmeckendes Nervennährmittel, das Phosphor und Eisen in leicht assimilierbarer Form dem Organismus zuführt.

Guajacol-Perdynamin

ein Guajacol-Hämoglobin-Präparat, ärztlich empfohlen bei Erkrankungen der Atmungsorgane, bei Lungenkatarrhen, Lungentuberkulose u. Skrofulose.

Proben und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik Arthur Jaffé, Berlin O., Alexanderstr. 22

Dr. Michaelis' Eichel-Kakao

mit Zucker u. präpariertem Mehl.

Nahrhaft und leichtverdaulich.
Seit 25 Jahren ärztlich erprobt.
Mit Wasser zubereitet Tonicum und Antidiarrhœicum bei chronischen Durchfällen.
Mit Milch gekocht, als tägliches Getränk, Prophylakticum gegen Verdauungsstörungen.
Proben und Prospekte durch die Fabrikanten: Gebrüder Stollwerck A.-G. Köln.

Deutsche Malz-Milch

Das ideale Nährmittel

(**Naturprodukt**) ist billig im Gebrauch, vorzüglich im Geschmack und, wo bekannt, bestens gelobt. **Versuchsquanten stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.**

Alleinige Fabrikanten:

Winkelmann & Co., G.m.b.H., Chemische Fabrik, Berlin SW. 48.

82. Jahrgang | Berlin, 4. Januar 1913 | No. 1

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Schweinerotlauf beim Menschen.

Von

San.-Rat Dr. **Fisser** (Pewsum).

Die Seltenheit der Erkrankung und die Aussicht auf Erweiterung der Berufstätigkeit rechtfertigen wohl die Veröffentlichung des Folgenden. Es konsultierte mich in diesem Sommer gelegentlich ein Herr wegen einer Erkrankung auf dem Dorsum der I. Phalanx des linken Mittelfingers. Ich fand eine Anschwellung, die sich über das Metacarpalphalangealgelenk erstreckte. Etwas Charakteristisches an dem Exanthem entdeckte ich nicht und hielt die Erkrankung für ein leichtes Erysipel. Patient klagte über ein Brennen und heftiges Jucken an der erkrankten Stelle und war der Ansicht, daß es sich um eine Infektion von Schweinerotlauf handle. Beruflich verkehrte er viel mit Schweinen. Da ich noch niemals bei einem Menschen Rotlauf behandelt, ja nicht einmal bei einem Schwein gesehen hatte, obwohl ich hierzu Gelegenheit genug gehabt hätte, so gab ich dem Patienten stillschweigend und klugerweise recht und verordnete Alkohol innerlich und äußerlich. Patient schien über diese Verordnung befriedigt und hat mich wegen seines kranken Fingers nicht wieder konsultiert. Er erinnerte mich einige Zeit später an seine Erkrankung, als ein befreundeter Tierarzt an der septikämischen Form des Schweinerotlaufs, die bei den Tieren gewöhnlich mit dem Tod endigt, schwer erkrankte.

In unserer Marschgegend ist der Schweinerotlauf stark verbreitet, und erst die Einführung der Schutzimpfung hat die für den kleinen Landwirt und Arbeiter so schwerwiegende Infektionskrankheit vermindert. Wir machen hierorts die Beobachtung, daß zurzeit, wo bei warmer Witterung mit vielen Niederschlägen die Kartoffeln zu faulen anfangen, die Rotlauf-Erkrankung unter den Schweinen ausbricht. Der hiesige Tierarzt hatte in diesem Frühjahr, wie in den vorhergehenden, eine große Anzahl von Schutzimpfungen vorgenommen. Trotzdem trat — ich habe nicht feststellen können, woran die Schuld lag — in der 2. Hälfte des Monats September eine Erkrankung von Rotlauf bei vielen geimpften und nicht geimpften Schweinen auf. Am 17. September verletzte sich unser Tierarzt bei einer Bullen-Kastration dadurch, daß infolge der Unruhe des Tieres ihm das Messer in das Nagelglied des linken Mittelfingers fuhr. Die Wunde wurde mit einem Heftpflaster bedeckt, und die Rotlaufimpfungen in den nächsten Tagen fortgesetzt. Bei den Simultanimpfungen, die bei bisher ungeimpften Tieren angewandt wurden und in Injektion von Kulturen in das eine Ohr und Serum in das andere Ohr bestehen, pflegte unser Tierarzt die eingespritzten Kulturen mit dem Daumen und dem Zeige- oder Mittelfinger der linken Hand unter der Haut zu zerquetschen und zu zerkneten. Rutschte bei dieser Manipulation das Pflaster von dem verletzten linken Mittelfinger ab, dann wurde eben ein neues aufgelegt, ohne weiter zu überlegen, ob vielleicht eine aus der Stichöffnung wieder ausgetretene Kleinigkeit von Kulturen mit dem verletzten Finger in Berührung gekommen wäre. Am 25. September bat der Tierarzt um meinen Besuch. Ich fand ihn stark fiebernd im Bett, über ein großes Krankheitsgefühl klagend. Er erzählte mir, daß er am 23. September bei normalem Befinden an dem linken Arm einen Ausschlag bemerkt hätte, den er nicht so recht sich zu erklären gewußt habe. In der Nacht hätte er das Pflaster von dem Finger gerissen, weil er ein Gefühl von Spannung an der verletzten Stelle gehabt habe. Am 24. September hätte er Schmerzen im Halse verspürt und den ganzen Tag Fieber gehabt, gegen das auch steife Grogs nichts genutzt hätten. In der letzten Nacht habe ihn der Schlaf gemieden, Appetit fehlt völlig, dagegen sei der Durst groß. Ich finde

an den Armen und am Bauch ein weit verbreitetes Exanthem, das besonders in der Bauchgegend an Scharlach erinnert. Da die Besichtigung bei Licht erfolgte, konnte ich nicht zu einer festen Diagnose kommen. Patient behauptet, daß es sich um eine Infektion von Rotlauf handle und ersucht mich, ihn mit Rotlauf-Serum zu spritzen. Am andren Morgen war der Zustand nicht besser. Patient ist sehr unruhig, hatte die ganze Nacht sich im Bett herumgewälzt und literweise Wasser getrunken. Fieber 39,4, Puls 120. Patient klagt über rheumatoide Schmerzen am ganzen Körper, besonders über Schmerzen in den Armen, so daß er kaum die Armee erheben kann. Er verlangt wieder Serum-Injektionen und zwar in einer zu seinem Körpergewicht ausgerechneten Dosis, zu der ich mich noch nicht verstehen kann. Ich vertröste ihn auf den Nachmittag. Bis dahin hatte sich der Zustand aber verschlechtert. Völliger Appetitmangel, unstillbarer Durst. Fieber 39,8, Puls 130. Patient hat ein großes Krankheitsgefühl und empfindet aufrichtiges Bedauern mit den rotlaufkranken Schweinen, daß die armen Tiere solche Schmerzen auszustehen haben. Patient kann mir nunmehr an dem linken innern Oberschenkel Flecke zeigen, die für Rotlauf charakteristisch seien, „wie sie im Buche stehen". Meist runde, aber auch viereckige Flecke, die etwas über das Niveau der Haut erhaben sind, in der Mitte öfter abgeblaßt, wodurch der dunkle Rand noch etwas mehr hervortritt, etwa in der Größe eines Zweimarkstücks. Das charakteristische Aussehen geht völlig verloren, wenn zwei oder mehrere Flecke miteinander verschmelzen, was bei dem Patienten die anfängliche Annahme eines Scharlachs veranlaßte.

Ich mußte nun mein Widerstreben aufgeben und injizierte auf drei Stellen des linken Oberschenkels verteilt 15 g Rotlauf-Serum. Am anderen Tage ist der Zustand nicht verändert und die Prognose infolgedessen schlechter geworden. Patient klagt über einen lähmungsartigen Zustand seiner Arme und über heftige Schmerzen in der Brustmuskulatur. Ich injizierte ohne Zögern wieder 20 g Serum, da ich kein anderes Mittel weiß, um das letale Resultat abzuhalten, und würde nach einiger Zeit nochmals 20 g eingespritzt haben, wenn nicht inzwischen von Professor Günther in Wien, an den wir uns um Rat gewandt hatten, die Nachricht eingelaufen wäre, vom weiteren Injektionen einstweilen Abstand zu nehmen. Am andern Morgen ist das Allgemeinbefinden des Patienten besser. Wenn Patient auch noch nicht hat schlafen können, und noch jeder Appetit fehlt, so hat doch der unstillbare Durst nachgelassen. Patient klagt noch über eine große Mattigkeit, als wenn ihm der ganze Körper gelähmt wäre. Die Schmerzen in den Arm- und Brustmuskeln sind noch dieselben, so daß ihm auch der geringste Gebrauch der Arme unmöglich ist. Der Ausschlag ist deutlich blasser geworden und charakteristische Flecke kaum noch zu finden. Nach zwei Tagen ist von dem Ausschlag überhaupt nichts mehr sichtbar; der Appetit kehrt allmählich wieder, und der Patient fängt an nachts zu schlafen. Nach etwa acht Tagen beginnt eine Abschuppung, besonders an den Extremitäten, und nach weiteren 14 Tagen ist unser Tierarzt wieder geheilt.

Es unterliegt für mich keinem Zweifel, daß es sich in diesem Falle um eine Infektion von Rotlauf-Erkrankung, hervorgerufen durch Aufnahme von virulenten Kulturen in den verletzten linken Mittelfinger, gehandelt hat. Auch neige ich jetzt dazu, den ersterwähnten Fall für eine Rotlaufinfektion zu halten, nur daß dort die Wirkung der Infektion lokalisiert blieb, während hier eine Allgemeinerkrankung, die septische Form von Rotlauf, zustande kam.

Was das Quantum des zu injizierenden Serums betrifft, so soll man nach Prof. Günther in Wien auf 10 Kilo Körpergewicht 2 ccm Serum rechnen. Bei der ersten Injektion habe ich auf Veranlassung des Patienten mich mit 15 g begnügt, erst, als am andern Morgen der Zustand nicht befriedigend war, habe ich entsprechend dem Körpergewicht des Patienten 20 g injiziert.

Klinische Studien über Arsen und Eisen.

Von

Dr. med. **Johannes Trebing**

Assistent der Prof. v. Bardelebenschen Poliklinik für Frauenleiden in Berlin.

Von vielen Kranken, denen wegen Chlorose und Anämie oder wegen der auf schlechter Blutbeschaffenheit beruhenden nervösen und neurasthenischen Zustände Eisen und Arsen in Form der alten Galenischen Präparate verordnet werden, machen diese Mittel leicht Unbehagen. Wir nehmen an, daß diese Störungen meist in Reizerscheinungen der Magen- und Darmschleimhaut beruhen. Anstatt daß durch unsere Mittel der Appetit sich hebt, kommt es zu völliger Verweigerung der Nahrungsaufnahme, welche wohl in erster Linie auf den schlechten Geschmack des einzunehmenden Eisens oder Arsens zurückzuführen ist, und weiter wieder zum Ekelgefühl und beständigem Brechreiz sich oft steigert; lang andauernde Magenbeschwerden, häufig auch Störungen in der Verdauung sind dann die lästigen Folgen. Andere klagen wieder vorwiegend über Kopfbeschwerden, aufsteigendes Hitzegefühl und leichte Schwindelanfälle. Viele Kranke, namentlich eben Frauen, verweigern wiederum aus Aengstlichkeit eine Arsenkur in Form von subkutanen Einspritzungen einer 1 proz. Lösung von Natrium arsenicosum. Auch in diesen Fällen ist man gezwungen, Arsen per os zu geben.

Aus diesen Gründen ist man in den letzten Jahren mit großem Eifer darangegangen, Präparate herzustellen, welche Eisen und Arsen in einer Form enthalten, in welcher alle oben erwähnten lästigen Nebenerscheinungen der alten Präparate fortfallen oder doch zumindest stark abgeschwächt sind.

Es sind in den letzten Jahren recht brauchbare Eisenarsenpräparate von der chemich-pharmazeutischen Industrie hergestellt worden und es ist jetzt schon für den praktischen Arzt bei der Menge der jährlich neu entstehenden Eisenarsenmittel schwierig, unter diesen die richtige Wahl für den einzelnen Fall zu treffen, denn schließlich kann man allen einen gewissen therapeutischen Wert nicht absprechen. Gerade der Frauenarzt kommt oft in die Lage, bei seinen durch die oft chronisch verlaufenden Unterleibsleiden anämisch, neurasthenisch-hysterisch oder sonst körperlich und seelisch geschwächten Patientinnen das richtige Eisen- oder Arsenpräparat herauszufinden; aber wie oft versagt die Behandlung mit Eisen oder Arsen aus den obengenannten Gründen. Daher begrüßten wir es mit Freude, als wir in der Arsenhämatose ein Mittel erhielten, welches bei Chlorose Anämie, neurasthenischen und hysterischen Zuständen, so weit letztere hauptsächlich auf reiner Anämie beruhten, ferner bei schlechter Ernährung, Erschöpfungszuständen, welche in erster Linie oft durch häufige Blutverluste verursacht sind, nach schweren Krankheiten und nicht zuletzt nach Operationen gute Erfolge gezeitigt hat.

Fast in allen Fällen besserte sich das allgemeine Befinden, besonders die Eßlust kehrte in ganz besonderem Maße wieder; durchschnittlich nahmen die Patientinnen innerhalb einer Kur von 4—8 Wochen 4—6 Pfund zu, in einzelnen Fällen sogar bis zu 9 und 10 Pfund. Hervorragend wirkt die Arsenhämatose auf die Darmtätigkeit ein, der Stuhlgang wurde fast ohne Ausnahme regelmäßig, und selbst in Fällen, wo früher hartnäckige Obstipation bestand, trat Regelmäßigkeit ein; nur in zwei Fällen hatten wir nach Arsenhämatose eine kurz dauernde Diarrhoe zu konstatieren, welche aber durch entsprechende Diät in einigen Tagen sich beheben ließ, ohne daß wir das Mittel auszusetzen brauchten.

Den chemisch-analytisch-pharmakologischen Teil entnehme ich der Arbeit von Robert Burow (K. K. pharmakolog. Institut in Innsbruck).

Die Arsenhämatose ist eine klare rotgoldene Flüssigkeit von aromatisch weinigem Geruche und angenehmem süßlichen Geschmacke. Dieselbe läßt sich mit Wasser und Alkohol in jedem Verhältnis klar mischen.

Das spezifische Gewicht beträgt bei 15° C. 1,033. Reaktion sauer.

In 100 ccm waren enthalten:

Alkohol	14,39 Gewichtsprozent 18,40 Volumenprozent
Extrakt	14,957
Asche (Mineralbestandteile)	0,375
Gesamtsäure	0,45
Flüchtige Säure	0,096
Nicht flüchtige (fixe) Säure	0,345
Gesamtester	0,1661
Flüchtige Ester (als Essigäther)	0,0272
Nicht flüchtige Ester	0,1342
Zucker (Gesamtzucker als Invertzucker)	9,19
Invertzucker	4,515
Rohrzucker	4,441
Glyzerin	0,211

Gerbstoff (als Chinagerbsäure)	0.005
Alkaloide (der Chinarinde)	0,0549
Eisen	0,0455
Phosphor	0,1521
Arsen	0,00264
Arseniksaures Kali	0,00516
Calcium	0,006
Kalium	0,0819
Magnesium	0,004
Natrium	0,0411
Schwefelsäure (als Anhydrid)	0,024
Chlor	Spuren
Fremde Farbstoffe	—
Konservierungsmittel	—
Polarisation der 10proz. Lösung im 200 mm-Rohr bei 15° C. +	1,9

In der Arsenhämatose ist in glücklicherweise organisches Eisen mit Arsen gebunden; dieses hat entschieden seine Vorzüge. Ich weise nur auf die interessante Arbeit von F. Seiler hin, welcher bei seinen Versuchen über Chlorose feststellte, das Eisen allein bei echter Chlorose noch stets seine Wirksamkeit zeigt, wie seit altersher jedem Praktiker bekannt ist, daß Arsen allein bei reiner Chlorose kaum eine Steigerung des Hämoglobins und der Erythrocytenzahl erkennen läßt, dagegen aber die Kombination von Eisen und Arsen die alleinige Wirkung des Eisens bei weitem übertrifft. Wir haben in ähnlicher Weise wie F. Seiler Versuche bei chlorotischen, anämischen und bei den oft auf mangelhafter Blutzusammensetzung beruhenden neurasthenischen und hysterischen Patienten angestellt und gaben Natrium arsenicosum in Form von subkutanen Injektionen (1 proz.) und Ferrum carbonicum saccharatum per os. Durch diese Nachprüfungen konnten wir die Resultate Seilers voll und ganz bestätigen.

Auf der Kombination von Arsen und organischem Eisen beruhen auch die meisten Erfolge, welche wir mit der Arsenhämatose erzielten. Eisen ist als organisches Präparat, als glycerophosphorsaure Verbindung enthalten; in organischer Verbindung dem Organismus zugeführt, wird es leicht resorbiert und vermehrt die Hämoglobinmenge; Phosphor findet sich in der Arsenhämatose in glycerophosphorsaurer Natronverbindung vor, stellt also ein ausgezeichnetes, leicht assimilierbares Nerventonicum dar, da bekanntlich die glyzerinphosphorsauren Salze eine vorzügliche Wirkung auf die Nervenernährung besitzen. Arsen ist als arseniksaures Kali 0,005 vorhanden: In einem Eßlöffel sind 0,03 Phosphor, 0,01 Eisen und 0,001 arseniksaures Kali entsprechend zwei Tropfen Liquor Kalii arsenicosi Fowleri enthalten. Die Bitterstoffe und Alkaloide der Chinarinde sind als bekannte Digestivmittel besonders geeignet, den Appetit anzuregen.

Was die Dosierung anbetrifft, so gaben wir Erwachsenen einen Eßlöffel bis ein Likörgläschen täglich 1—3 mal.

In der ersten Woche ein Eßlöffel mittags, in der zweiten Woche zwei Eßlöffel mittags und abends, in der dritten Woche drei Eßlöffel morgens, mittags und abends zu den Mahlzeiten.

Mit drei Eßlöffel täglich kann man nun je nach dem vorliegenden Fall 4—6—8 Wochen fortfahren; um die Kur zu beenden, kann man allerdings in kürzerer Zeit auf 2—1 Eßlöffel täglich zurückgehen.

Unsere Resultate erstrecken sich auf 25 ziemlich genau durchgeführte Untersuchungen, von denen wir nur 10 des Raummangels wegen wiedergeben können:

	Erythrocytenzahl		Hämogl in pCt.	Gewicht kg
1. Frau A. B., 36 Jahre, Abort im 2. Monat, viel Blut verloren. Anämie	zu Beginn	3100000	45	60
	nach 4 Woch.	4010000	60	62,5
	„ 8 „	4100000	85	63,5
2. Frau A. M., 28 Jahre, Abortus imperf. retroflexio. Anämie. Blut seit 4 Wochen.	zu Beginn	2600000	35	51,2
	nach 4 Woch.	3140000	55	52 6
	„ 8 „	3670000	70	54,6
3. Frau O. D., 30 Jahre, Anämie, post influencam; gynäkologisch nihil.	zu Beginn	3100000	40	49
	nach 4 Woch.	3540000	55	50,2
	„ 8 „	4050000	70	51,1
4. Frau H H., 31 Jahre, letzte Periode sehr stark und viel Blut. Dauer 12 Tage. Wahrscheinlich menstrueller Abort.	zu Beginn	3400000	55	59
	nach 4 Woch.	3640000	60	60,1
	„ 8 „	3900000	65	61,2
5. Frau A. Fl., 31 Jahre, Ausräumung vor 3 Woch. (von anderer Seite ausgeführt), seitdem fortw. Blutverlieren; Pat. sehr schwach, elend u. nervös. Ret. post abort, Anämie.	zu Beginn	2800000	35	48,9
	nach 4 Woch.	3100000	50	50,2
	„ 8 „	3620000	65	52
6. Frl. K., 18 Jahre, Hypoplasia uteri. Chlorose u. geringe Anämie. Pat. ist matt, schläfrig, gereizt, unlustig.	zu Beginn	3100000	40	52,5
	nach 4 Woch.	3340000	55	54
	„ 8 „	3600000	65	55,5
7. Frl. S., 17 Jahre, Hypoplasia uteri. Starke Chlorose u. Anämie.	zu Beginn	3600000	40	50,5
	nach 4 Woch.	3920000	55	52
	„ 8 „	4040000	70	52,5
8. Frl. S., 31 Jahre, Prolaps der vorderen Scheidenwand, Cystocele, Cervixriß, Hypertrophie der vorderen Mutter.	zu Beginn	3010000	45	66
	nach 4 Woch.	3500000	50	67,5
	„ 8 „	3900000	65	68,5
9. Frau P., 36 Jahre, Oophoritis chron. Anämie, Neurasthenie.	zu Beginn	3150000	40	49,5
	nach 4 Woch.	3500000	50	51
	„ 8 „	4040000	65	52
10. Frau E. W., 35 Jahre, Retroflexio uteri fixata. Anämie, Neurasthenie. (Befund nach Operat.)	zu Beginn	2700000	40	49,9
	nach 4 Woch.	3010000	50	51
	„ 8 „	3450000	60	52,5

Bei der Durchsicht der Tabellen fällt besonders ins Gewicht die schnelle und starke Veränderung im Blut- und Gefäßsystem. Fast überall steigt der Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrocyten; in den meisten Fällen wurde der Puls voll, kräftig und regelmäßig; die Pulskurven zeigten fast durchweg eine deutliche Rückstoßelevation; wo wir die Wirkung der Arsenhämatose auf den Blutdruck verfolgten, stieg die Quecksilbersäule auf 110 bis 120 mm. Nicht nur objektive Besserung trat bei den anämischen und chlorotischen besonders hervor, sondern auch die subjektiven Beschwerden wie Mattigkeit, Schläfrigkeit, Mangel an Appetenz, Arbeitsunlust, Uebellaunigkeit und Mißgestimmtheit verschwanden durch die Behandlung; nicht zu unterschätzen ist der günstige Einfluß der Arsenhämatose auf die Regelung der Verdauung und des Stuhlganges, welche doch oft bei diesem Leiden große Schwierigkeiten machen. In vielen Fällen verlief die Menstruation ohne dysmenorrhoische Erscheinungen.

Bei den oft auf mangelhafter Blutbeschaffenheit beruhenden neurasthenischen, nervösen und hysterischen Zuständen wurde die Arbeitsfähigkeit der Patientinnen in kurzer Zeit erreicht. Symptome, wie nervöser Kopfdruck, Zittern in den Händen und Knieen, Steigerung der Reflexe, zeigten eine günstige Beeinflussung durch Arsenhämatose. Erscheinungen von seiten des Sensoriums wie Aufgeregtheit, Gereiztheit, depressiv-melancholische und hysterische Zustände besserten sich in erfreulicher Weise.

Bei den oft zu tuberkulösen Lungenspitzenkatarrhen führenden meist schon lange bestehenden Chlorosen und Anämien kann durch prophylaktische Behandlung mit dem neuen Arseneisenpräparat die Blutbeschaffenheit bedeutend gebessert und hierdurch die Widerstandskräfte des Körpers erheblich gesteigert werden.

Denselben Erfolg haben wir bei manchen Herzklappen- und Herzmuskel-Erkrankungen, bei denen wir oft keine andere Ursache feststellen können als die schlechte Zusammensetzung des Blutes.

Besonders ersichtlich ist aus den Krankengeschichten die schnelle Besserung des Blutbildes nach blutigen Operationen, Aborten, Geburten, lange dauernden Menorrhagien und Metrorrhagien und anderen chronischen Frauenleiden.

Die klinischen Studien zeigen uns, daß wir in den Fällen, in welchen Eisen und Arsen in der alten Form aus den oben genannten Gründen nicht angebracht sind, wir in der Arsenhämatose [1]) ein treffliches Ersatzmittel haben, welches auch von Verwöhnten und Empfindlichen gern genommen wird.

Literatur.

1. Robert Burow: Wiener klin. Wochenschr., 1910, No 1.
2. F. Seiler: Deutsche med. Wochenschr., 1911, No. 29.
3. Zingher: Wiener klin. Rundschau, 1909, No. 47.
4. Gudden: Deutsche med. Wochenschr., 1911, No. 45.
5. Meyer: Medizinische Klinik, 1911, No. 46.
6. Willige: Münch. med. Wochenschr., 1910, No. 13.
7. Voit: Therapie der Gegenwart, 1911, No. 9.
8. Munco: Brit. med. Journal, 1911, No. 2637.
9. Eulenburg: Medizinische Klinik, 1907, No. 9.
10. Ziegler: Medizinische Klinik, 1908, No. 10.
11. Carl Thomas: Medizinische Klinik, 1911, No. 21.
12. L. Bardach: Therapeutische Monatshefte, 1905, S. 406.
13. Winterberg: Wiener klin.-therap. Wochenschr., 1905, No. 13.
14. Laquer: Therapie der Gegenwart, 1905, No. 9.
15. Oerum: Zeitschr. f. experim. Pathologie und Therapie, Bd. 3.

[1]) Fabrikant Richard Paul, chemisch-pharm. Laboratorium in Graz.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschl. Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten und Vergiftungen).

Kreisarzt Dr. **Lehmann** (Berncastel-Cues a. Mosel): **Ueber die Bedeutung, die Gründe und die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande.** (Zeitschrift f. Säuglingsschutz, 1912, Heft 11.)

Ueber Säuglingssterblichkeit ist eine recht ausgedehnte Literatur entstanden, besonders bezüglich der Mortalität in den Städten. Dagegen fehlen fast völlig Mitteilungen über ländliche Verhältnisse. Die vorliegende Arbeit, die von einem genauen Kenner eines ziemlich wohlhabenden Bezirks verfaßt ist, dürfte deshalb auch das Interesse des Allgemeinpraktikers beanspruchen. L. bekennt offen, daß er früher einmal das A und O der ganzen Säuglingspflege etc. in der Ernährungsfrage gesehen habe. In dieser Ueberzeugung haben ihn gerade seine Beobachtungen auf dem Lande wankend gemacht. In den in Betracht gezogenen Dörfern kann die Ernährungsfrage keine Rolle spielen, denn einmal wird viel gestillt, andererseits sind die Verhältnisse für künstliche Ernährung (Milchbeschaffung) günstig. Gleichwohl ist die Säuglingssterblichkeit eine recht hohe. Die Ursache liegt in der Minderwertigkeit der Säuglinge. Sie stammen aus Familien, die schwer tuberkulös oder dem Alkoholmißbrauch ergeben sind. Dann herrscht in diesen Dörfern starke Inzucht. Das soziale Milieu, das in der Großstadt eine so gewichtige Rolle spielen soll, fällt auf dem Lande ganz weg. — Will man eine Besserung der Mortalität erreichen, so muß man den Kampf gegen die Tuberkulose und den Alkohol noch viel energischer wie seither aufnehmen.

Dr. **S. Eichelberg** (M.-Gladbach): **Einiges zum Thema von den Ursachen der Säuglingssommersterblicheit mit statistischem Beitrag über die Wohnung als ätiologischem Faktor.** (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 59, H. 1 u. 2.)

Noch vor Jahren sah man die Ursache der hohen Sommersterblichkeit der Säuglinge fast ausschließlich in der verdorbenen Nahrung. Deshalb gründete man Milchküchen zur Beschaffung einwandfreier trinkfertiger Nahrung. Irgendwelchen offenkundigen Einfluß dieser Maßnahmen auf die Morbidität und Mortalität konnte man nicht erweisen; ebenso steht ein objektiver Beweis der günstigen Einwirkung der Beratungsstellen aus. Neuerdings hat man sich dem Wohnungsproblem in der Frage der Säuglingssterblichkeit zugewendet, einer Frage, der die Praktiker ihre Aufmerksamkeit schon jahrzehntelang „instiktiv" geschenkt haben. Verfasser führt für seine Heimatstadt den Nachweis, daß tatsächlich die Wohnungsfrage hoch bedeutsam ist und daß in luftigen, nicht zu engen Wohnungen die Morbidität und Mortalität eine bedeutend geringere ist als in engen, dumpfen Wohnungen. J. R.

Felix Starke: Ueber Poliomyelitis anterior chronica. (Dissertation, Greifswald 1912.)

Verf. hat insgesamt 41 Fälle von Poliomyelitis anterior chronica zusammengestellt. Mit Ausnahme von 2 Fällen handelt es sich bei den Erkrankten um Erwachsene. Unter den 39 Erwachsenen sind 27 Männer und 12 Frauen. Die Dauer der Krankheit ist recht verschieden. Am häufigsten findet man einen Zeitraum von einigen Monaten bis zu 3 Jahren. In den meisten Fällen leitet Schwäche in einer Extremität die Krankheit ein; 19 mal wurde hierbei eine obere, 13 mal eine untere Extremität betroffen. 4 mal sind es die Hals- und Nackenmuskeln, 1 mal die Gesichtsmuskeln und 3 mal Sprachstörungen, die auf einen krankhaften Zustand zuerst hindeuten. In allen Fällen, in denen die elektrische Erregbarkeit geprüft wurde, fand sich während der Krankheit totale oder partielle Entartungsreaktion. 6 mal wurden fibrilläre Zuckungen beobachtet. Es ist also nicht richtig, wenn manche Autoren diese für ein besonderes Symptom der spinalen progressiven Muskelatrophie halten und aus dem Fehlen oder Vorhandensein der fibrillären Zuckungen differentialdiagnostische Schlüsse ziehen. Die Sensibilität war meist intakt; geringere Parästhesien im Beginn, auch unbedeutende reißende Schmerzen im weiteren Verlauf waren sehr selten. Aetiologisch kam 6 mal ein Trauma, 1 mal eine Pneumonie, 1 mal vielleicht eine Intoxikation in Frage. In 23 Fällen wurden pathologisch-anatomische Untersuchungen angestellt. Sie ergaben sämtlich eine primäre chronische Vorderhornentzündung mit Ausgang in Schwund der Vorderhornganglienzellen. Gefäßalterationen fanden sich 6 mal. Es war meist eine Vermehrung der Blutgefäße, eine Verdickung ihrer Wand und eine perivaskuläre Zellinfiltration. Relativ oft, 8 mal, beobachtete man mehr oder weniger stark ausgeprägte Seitenstrangsklerose. Die vorderen Wurzeln und die peripheren Nerven waren oft degeneriert, und zwar um so mehr, je weiter die Atrophie der Vorderhornganglienzellen gegangen war. F.

Dr. **J. Trinchese**, Leiter des serolog. Laboratoriums des Ostkrankenhauses Berlin: **Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Schwankungen des Komplements.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

In seiner Arbeit „Der negative Wassermann" hat Kromayer bewiesen, daß die bis zur äußersten Grenze des Möglichen getriebene verfeinerte Reaktion bei negativem Ausfall eine große Bedeutung gewinnt. Bei diagnostisch zweifelhaften Fällen bedeutet das nämlich das Fehlen von Syphilis und bei sog. latenter Syphilis mit großer Wahrscheinlichkeit die Heilung der Lues. Diese Vervollkommnung der Wassermannschen Reaktion beruht neben anderem wesentlich auf der Erkenntnis, welche ausschlaggebende Rolle das Komplement in der Reaktion spielt. Die Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion durch Schwankungen des Komplements eingehend zu beleuchten, ist der Zweck dieser Abhandlung. Aus den Darlegungen geht hervor: 1. daß in der Wassermannschen Reaktion Antigen, Ambozeptor und Blutkörperchen konstante Größen sind, daß also ungleiche Resultate von diesen drei Größen zum allerwenigsten abhängen können, wie man vielfach vom Antigen angenommen hat; 2. daß hingegen in dem Komplement eine große Fehlerquelle liegen kann, weil das Komplement eine stets variable Größe darstellt, die den entscheidendsten Einfluß auf den Ausfall der Reaktion ausübt. Es ist daher ein unbedingtes Erfordernis: 1. das Komplement sorgfältig auszutitrieren, 2. stets frisches Meerschweinchenserum als Komplement anzuwenden, 3. bei zweifelhaftem Resultat den Versuch mit anderem Komplement zu wiederholen. Wenn diese Forderungen erfüllt sind, daß man auch das Komplement als „konstant" betrachten kann, dann kann man auch stets ein gleichmäßiges Resultat der Rechnung erwarten.

Diese Forderungen stehen aber in unvereinbarem Widerspruch mit den vielfachen Versuchen, die Wassermannsche Reaktion zu vereinfachen. Alle Vereinfachungen des Rechenexempels fälschen die Gleichung und damit das Resultat, das nur dann richtig und stets gleichmäßig sein kann, wenn die vier Größen Ambozeptor, Antigen, Blutkörperchen, Komplement einzeln für sich in die Rechnung eingestellt werden können und feststehende Werte haben. Nur unter diesen Bedingungen ist die Wassermannsche Reaktion zuverlässig, dann aber auch mit absoluter Sicherheit. Kr.

Dr. **Georges L. Dreyfus** (Frankfurt a. M.): **Ueber Entstehung, Verhütung und Behandlung von Neurorezidiven.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 40—42.)

Verf. berichtet ausführlich über die Beobachtungen von Neurorezidiven bei Lues aus der medizinischen Klinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. Er teilt 12 Fälle eingehend mit dem gesamten Untersuchungsbefund mit; davon betrifft 1 Fall ein Neurorezidiv ohne vorausgegangene Behandlung; 3 mal handelt es sich um Neurorezidive nach Quecksilberbehandlung, in den übrigen Fällen um Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung. In dem einen dieser Fälle bestand schon vor der Salvarsanbehandlung lokalisierte Hirnlues, in den übrigen Fällen traten die Neurorezidive nachher auf. In dem 12. Falle handelte es sich um kein Salvarsanneurorezidiv, sondern um eine rheumatische Hirnnervenneuritis. Bei 3 von den 7 Salvarsanneurorezidiven hatte die Lues schon vor dem Einsetzen irgendwelcher Therapie einige Hirnnerven affiziert; bei den 4 übrigen Patienten war über lokalisierte Hirnlues nichts zu erfahren. In der Mehrzahl der Fälle bestand beim Eintritt der Kranken in die Klinik positive Serumreaktion. Nur 3 Kranke wiesen negative Wassermann-Reaktion im Blut auf. Bei 2 Fällen wurde diese unter der Behandlung vorübergehend positiv. Man erkennt aus den von Verf. mitgeteilten Tabellen, daß mit dem Negativwerden der Blutreaktion bei Neurorezidiven nach Abschluß der ersten Behandlung oft noch gar nichts erreicht ist, weil der Liquor cerebrospinalis noch pathologische Werte aufweisen kann und dadurch das Fortbestehen der luetischen Veränderungen am Nervensystem anzeigt. Aus alledem ergibt sich die Wichtigkeit der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose und Therapie der Neurorezidive. Verf. ist der Ansicht, daß, solange Liquorveränderungen bestehen, die reparablen objektiven Symptome am Nervensystem therapeutisch beeinflußbar sind. — Bei allen Neurorezidiven, mit Ausnahme eines Falles, wurden mehr oder weniger schwere Acusticusstörungen beobachtet. Der Octavus wird eben am häufigsten betroffen, häufiger, als man gewöhnlich glaubt, weil eine nicht unerhebliche Schädigung ohne Beschwerden bestehen kann. Der Acusticus ist auch am empfindlichsten; alle anderen Hirnnervenschädigungen bilden sich im allgemeinen rascher und restloser zurück, als eine Acusticusschädigung. — Verf. steht auf dem Standpunkt, daß eine ungenügende Salvarsanbehandlung die Hauptrolle in der Aetiologie der Salvarsanneurorezidive spielt. Deshalb sollte an Stelle ungenügender Salvarsandosen im frühen Sekundärstadium wie in allen anderen Stadien der Lues eine intensive kombinierte Behandlung treten (4—5 g Salvarsan im Verein mit ca. 150 g Hg resp. 12—15 Hg salicylic.- oder Kalomelinjektionen). Vor allem muß man darnach streben, nicht nur die Serumreaktion dauernd negativ,

sondern auch den evtl. pathologischen Liquor cerebrospinalis normal zu bekommen und zu erhalten. Man muß in allen Fällen, die unter einer intensiven kombinierten Behandlung nicht sehr schnell Wassermann-negativ werden, bald die Lumbalpunktion machen und dann fortgesetzt den Liquor kontrollieren. Ferner ist das Nervensystem, vor allem der Acusticus und Opticus, genau zu untersuchen. Findet sich im Frühstadium der Lues an den Hirnnerven sowie am übrigen Nervensystem nichts Pathologisches, weist der Liquor dauernd normale Verhältnisse auf, so kann mit allergrößter Wahrscheinlichkeit eine Herdsyphilis des Gehirns ausgeschlossen werden. — Sämtliche Neurorezidive, auch die nach Salvarsan entstandenen, sollte man nach Verf. nicht nur mit Hg, sondern auch mit Salvarsan in möglichst großen Gesamtdosen behandeln. Es ist sehr wichtig, daß das Neurorezidiv möglichst früh in Behandlung kommt und daß die Therapie sehr vorsichtig eingeleitet wird. R. L.

Dr. **G. A. Kolossow**, Arzt am Landschaftskrankenhaus des Gouvernements Smolensk: **Ein Fall von protrahierter Anurie nach Sublimatvergiftung.** (Folia urologica, Oktober 1912, Bd. 7, No. 3.)

Zu den schwersten und gefährlichsten Folgen akuter oder chronischer Vergiftung durch Sublimat, welches Mittel als stark wirkendes protoplasmatisches Gift Veränderungen in allen Organen hervorruft, gehören mehr oder minder tiefe Nierenveränderungen, die das klinische Bild von akuter oder chronischer Nephritis mit Ausgang in Anurie oder Urämie darbieten. In vorliegendem Falle wurde eine sehr große Sublimatdosis genommen. Sie übertraf die tödliche Dosis um das 60 fache und die höchste Einzeldosis um das 1200 fache. Sie bewirkte Zerstörung der Magen-Darmschleimhaut und von seiten der Nieren andauernde Anurie, die 7 Tage währte. Der Fall verdient weiter insofern Beachtung, als die Anurie sich fast unmittelbar nach der Vergiftung eingestellt hatte und man sich, da der Patient fast unmittelbar nach der Vergiftung in das Krankenhaus kam, von dem Bestehen der Anurie objektiv, d. h. durch Einführung eines Katheters, überzeugen konnte, während in vielen der beschriebenen Fälle bei der Bestimmung der Dauer der Anurie auch die Angaben der Kranken selbst eine Rolle spielten. Noch größere Beachtung verdient der Fall wegen seiner Aetiologie, da beide Nieren affiziert waren, folglich auch die innere Nierensekretion in hohem Maße gestört war, während in vielen von den beschriebenen Fällen die Anurie durch ein mechanisches Hindernis in der einen Niere und durch reflektorischen Einfluß auf die andere Niere bedingt, die Pathogenese also eine andere war. Ferner unterscheidet sich vorliegender Fall von den übrigen auch dadurch, daß bei ihm die Dekapsulation angewendet wurde, die in solchen Fällen bis jetzt kaum einmal ausgeführt wurde. Sie hatte auf die Anurie keinen Einfluß und wendete den Exitus, der am 7. Tage erfolgte, nicht ab.

Die größte Eigentümlichkeit des Falles liegt aber in dem Umstande, daß der Patient trotz der vollständigen Anurie und trotz der hochgradigen Veränderungen des Magendarmkanals fast während der ganzen Krankheit (6—7 Tage) sich in ziemlich befriedigendem Allgemeinzustand befand und Erscheinungen von Urämie fehlten. Kr.

Neurologie.

Dr. **Alfred Saenger** (Hamburg): **Nervenerkrankungen in der Gravidität.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Verf. hatte schon früher über einige Fälle von Polyneuritis und Neuritis einzelner Nerven berichtet, welche im Wochenbett bei Frauen aufgetreten waren. Die Fälle gingen in Heilung über. In allen diesen Fällen waren die Geburten und das Wochenbett ganz normal verlaufen. Verf. hat schon damals die Ansicht vertreten, daß die Ursache der Neuritis puerperalis schon in der Gravidität vorhanden sei; denn leichte Vorboten der Neuritis, Vertaubung, Kriebeln, Schwäche und Schmerzen könne man häufig schon während der Gravidität beobachten. Es handelt sich also wohl um autotoxische, durch die Gravidität bedingte Prozesse. Auf Autointoxikationen in der Gravidität weist nicht nur das Vorkommen der Albuminurie (Eklampsie), sondern auch das unstillbare Erbrechen hin. Verf. ist der Ansicht, daß das gewöhnliche Erbrechen der Schwangeren nicht, wie einige Autoren gemeint haben, hysterischer Natur ist. Dagegen ist nicht zu bezweifeln, daß hartnäckiges Erbrechen bei Schwangeren auch auf hysterischer Basis vorkommt. Das ergibt sich daraus, daß oft eine suggestive Therapie eklatant wirkt. So wirkt oft schon eine einfache Versetzung aus dem gewohnten Mileu in das Krankenhaus bei unstillbarem Erbrechen heilend, wie Verf. in einigen Fällen gesehen hat. Jedoch in der Regel ist das unstillbare Erbrechen der Schwangeren toxischer Natur. Dafür spricht auch, daß es sich manchmal mit Polyneuritis kombiniert. Schwere Fälle von unstillbarem Erbrechen geben daher die Indikation zur Einleitung des Aborts. Sehr viel schwieriger ist die Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft beim Auftreten epileptischer Anfälle. In manchen Fällen hat bei bestehender Epilepsie die Gravidität einen anfallvermindernden, in anderen einen anfallvermehrenden Einfluß. Es sind auch Fälle bekannt geworden, in denen eine seit Jahren latente Epilepsie in der Gravidität von neuem ausbrach. — Was nun die Therapie anlangt, so gibt nach Wagner v. Jauregg die Epilepsie an sich keine Indikation zur Einleitung des Aborts; nur wenn die Anfälle sich sehr häufen, wenn schwere Benommenheit und die Gefahr einer unheilbaren Geistesstörung eintritt, dann sei die Indikation gegeben. Letzteren Standpunkt vertritt auch Binswanger. Verf. schließt sich dieser Ansicht an, besonders für die Fälle, in denen die Epilepsie erst in der Gravidität ausgebrochen ist. Ob im Status epilepticus die Einleitung der Geburt indiziert ist, darüber müssen erst noch mehr Erfahrungen gesammelt werden. Zum Schluß bespricht Verf. kurz die Frage des künstlichen Aborts bei in der Gravidität ausgebrochener Psychose der Mutter. Er führt zwei Fälle an, in denen Graviditätspsychosen durch künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt wurden. Viele Psychiater verhalten sich merkwürdigerweise ablehnend gegen die Einleitung des Aborts bei Psychose der Mutter. Jolly hielt die Indikation für gegeben, wenn es sich um eine schwere Melancholie in der Gravidität handelt. Da in der Gravidität sich die verschiedenartigsten geistigen Störungen entwickeln können, von der einfachen seelischen Depression bis zur ausgesprochenen Katatonie, so muß nach Verf. von Fall zu Fall entschieden werden. Bei der Stellung der Prognose einer Schwangerschaftspsychose ist große Vorsicht geboten. Der Umstand, daß eine psychische Erkrankung in der Gravidität einen günstigen Verlauf genommen hat, berechtigt durchaus nicht zu der Annahme, daß ein zweites oder drittes Mal ein Gleiches der Fall sein werde. Manche Frau wäre, sagt Verf., vor dauernder Geisteskrankheit bewahrt geblieben, wenn rechtzeitig ein Abort eingeleitet worden wäre. R. L.

Prof. Dr. **S. R. Klein** (New York): **The pathological relations of urine to mental and nervous diseases.** (New York Medical Journal, 26. Oktober 1912.)

Verf. stellt in einem Uebersichtsreferat die pathologischen Veränderungen des Urins zusammen, die eine Reihe von Autoren bei Geistes- und Nervenkrankheiten beobachtet haben. Aus seiner eigenen Erfahrung steuert er dazu 2 Faktoren bei: 1. Unter 400 von ihm untersuchten Epileptikern hatten nach jedem Anfall 250 Polyurie, 100 Oligurie und 50 Urinretention. Die Angabe vieler Autoren, daß beim Wiedereinsetzen der Harnentleerung die Harnstoffausscheidung vermehrt sei, ist nach Verf. nicht zutreffend; sie bleibt unverändert. 2. In einem Falle von tödlich endendem Säuferwahnsinn — Pat. hatte drei Tage hintereinander größere Mengen von Alkoholicis konsumiert — beobachtete Verf. höchstgradige Indikanurie (rotes Indikan). L.

Dermatologie.

Dr. **Karl Stern** (Fürth): **Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der Warzen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Der beim Volk vielfach herrschende Glaube, daß Warzen ansteckend sind, hat zuerst durch Jadassohn und später durch andere wissenschaftliche Begründung erfahren. Verf. teilt eine klinische Beobachtung mit, die wieder für die Ansteckungsfähigkeit der Warzen spricht. Eine 29 jährige Köchin und ein 27 jähriges Zimmermädchen bei derselben Herrschaft haben auf beiden Handrücken eine Anzahl von Verrucae planae juveniles. Die Köchin hat außerdem zwischen den Fingern der linken Hand mehrere Verrucae vulgares. Letztere bestehen seit 5—6 Jahren, die Verrucae planae juveniles erst seit einem Jahre. Das Zimmermädchen, das früher nie mit Warzen behaftet war, bemerkte diese erst seit ¼ Jahr. Beide Personen benutzten immer bei Arbeiten in der Küche gemeinsam ein Handtuch zum Abtrocknen der Hände. Es scheint hier also wirklich eine Uebertragung der Warzen von der Köchin auf das Zimmermädchen vorzuliegen. R. L.

Prof. Dr. **E. Kromayer**, dirigierender Arzt des Sanatoriums am Kurfürstendamm, Berlin: **Ursachen und Behandlung des gewöhnlichen Haarausfalls [Pityriasis capitis].** (Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1912.)

Verf. sieht die Aetiologie der großen Verbreitung der Pityriasis capitis darin, daß die Kopfhaare als äußeres Schutzorgan ihre Bedeutung verloren haben und somit zwecklos dem allmählichen Untergang in der Entwicklung geweiht sind. Als locus minoris resistentiae werden sie nun viel schwerer von den Schädlichkeiten getroffen, die in unserer Zivilisation liegen: Der Haarboden braucht Luft und Licht, um ausdunsten zu können und gesund zu bleiben. Diese werden ihm vorenthalten durch die Frisuren, die Haareinlagen, durch die Kopfbedeckungen (besonders Mütze und Helm) und den Aufenthalt in geschlossenen Wohnräumen. Schweiß und Talgdrüsensekret haben Gelegenheit, sich auf dem Kopfe anzusammeln und eine Brutstätte für schmarotzende Mikroorganismen zu bilden, die die Kopfhaut reizen, entzünden und nun jenen Krankheitszustand unterhalten, den Verf. als Pityriasis

capitis bezeichnet. Ebenso nun wie unsere Zivilisation uns zwingt, täglich Hände und Gesicht zu waschen, häufig zu baden, regelmäßig die Zähne von den sie angreifenden Kulturspeisen zu reinigen — was alles nicht oder nur in geringem Maße erforderlich wäre, wenn wir im Naturzustande lebten —, ebenso notwendig ist eine regelmäßige Reinigung der Kopfhaut. Das in den letzten Dezennien erfreulicherweise in Aufnahme gekommene Champonieren stellt, in richtiger Weise angewandt, eine zweckmäßige Reinigung der Kopfhaut dar. Nur ist es leider eine recht umständliche Prozedur, besonders bei langem Frauenhaar. Bequemer kann die Kopfhaut mittels des von Verf. angegebenen „Haarglittels" gereinigt werden. Es ist das eine Art Bürste, die zwischen den Haaren hindurchgeführt werden, hindurchgleiten kann (daher der Name Glittel) und aus Handgriff und Wollkokon besteht (erhältlich bei Kopp & Joseph, Berlin W.). Der Wollkokon, mit einem geeigneten Haarwasser oder Spiritus befeuchtet, nimmt, auf der Kopfhaut hingleitend, die Verunreinigungen, Staub, Sekret, Kopfschuppen in sich auf und reinigt auf diese Weise die Kopfhaut. Diese Reinigung, die jedermann selbst vornehmen kann, erfordert etwa 10 Minuten Zeit. Sie ersetzt ein gutes Champonieren der Haare mit Wasser und Seife nicht, da die Haare selbst von der Reinigung mit Glittel nicht betroffen werden, sondern nur die Kopfhaut selbst. Aber die Reinigung der Kopfhaut ist ja das Wesentlichste. Was die Zahnbürste für die Zähne, leistet der Haarglittel für den Haarboden: die beste Prophylaxe gegen den Haarausfall. Auch die medikamentöse Behandlung kann, wenn die Pityriasis capitis schon zum Ausbruch gekommen ist, in sehr geeigneter Weise mittels des Haarglittels vorgenommen werden. Zur Anwendung kommen dann die Haarwässer mit Natron, Borax, Salicyl, Resorcin, Euresol, Karbol, Sublimat, Captol, Chinin usw. und die Teerpräparate. Das wichtigste Heilmittel ist nach Verf. aber der Schwefel, der eine besondere Form der Anwendung wegen seiner Wasserunlöslichkeit verlangt. Die gewöhnliche Anwendung des Schwefels (Sulf. praec.) in Salben und Pomaden ist für die Patienten nicht angenehm, weil das Haar schnell in häßlicher Weise durchfettet und verschmiert wird. Verf. hat deshalb eine Schwefelemulsion verwendet von folgender Zusammensetzung: Sulf. praec. 20, Spir. vini 70, Glycerini 10. Bei kurzem Männerhaar werden etwa 10 ccm dieser Schüttelmixtur mit der Hohlhand auf die Kopfhaut abends eingebracht und morgens mit Wasser und Seife wieder entfernt. Kr.

Chirurgie.

Dr. **Zalewski** (Frankfurt a. M.): **Temperaturmessungen in beiden Achselhöhlen und ihre Bedeutung für die Chirurgie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Wie die Rektaltemperaturen bei allen pathologischen Vorgängen in der Bauchhöhle durch ihre Differenz von den Achselhöhlentemperaturen einen wichtigen Fingerzeig für die Schwere der Erkrankung geben, so ist auch die gleichzeitige Temperaturmessung in beiden Achselhöhlen in vielen Fällen ein Hilfsmittel der Diagnose. Man hat z. B. bei einseitigen Lungenerkrankungen (Tuberkulose, Lungenentzündung) gefunden, daß je nach der Zunahme oder dem Abklingen des Krankheitsprozesses die Temperatur in der Achselhöhle der kranken Seite größere oder kleinere Differenzen im Vergleich zur Temperatur der gesunden Seite aufweist. Verf. hat nun in der chirurgischen Abteilung des Hospitals zum heiligen Geist untersucht, ob sich Differenzen der Achselhöhlentemperaturen auch bei einseitigen chirurgischen Erkrankungen nachweisen und diagnostisch verwerten lassen, und zwar sowohl bei einseitigen Verletzungen der oberen Körperhälfte — Hand-, Arm-, Thoraxverletzungen — als auch Pleuraempyem und dergleichen. Verf. konnte 120 Fälle daraufhin untersuchen. Er führt einige Fälle an (Phlegmonen der Haut und infizierte Fingerwunden, Pleuraempyem, Tuberkulose der Handwurzelknochen), in denen diese Bedeutung der Unterschiede der Achselhöhlentemperaturen deutlich hervortritt. Es ergibt sich alles in allem, daß doppelseitige Temperaturmessungen bei einseitigen Krankheitsprozessen von Bedeutung sind. Zweifellos nachgewiesene Differenzen von 0,4—0,5 ° und mehr weisen darauf hin, daß auf der höher temperierten Seite ein Krankheitsprozeß noch besteht oder im Fortschreiten begriffen ist; diese geben also einen wichtigen Anhalt für etwa notwendig werdende Eingriffe oder für baldigen Verbandwechsel. Daher sollten in jedem Falle einseitiger Erkrankung diese doppelseitigen Messungen vorgenommen werden. Ferner aber müssen unbedingt die Temperaturmessungen, falls sie nur einseitig gemacht werden, stets nur auf derselben Seite gemacht werden, und zwar dann immer auf der kranken Seite, da sonst Unregelmäßigkeiten im Verlauf der Temperaturkurve sich ergeben würden, die zu Irrtümern in der Beurteilung des Krankheitsverlaufs usw. führen könnten R. L.

O. v. Frisch: Beitrag zur Lehre von den Belastungsdeformitäten. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 2.)

Entfernt man einem drei Wochen alten Kaninchen durch Exartikulation in der Hüfte eine hintere Extremität, so resultiert daraus eine dauernde, progrediente Störung der Motilität, womit eine ebenfalls zunehmende Gestaltsveränderung des Skeletts Hand in Hand geht. Durch die dauernde Seitenlage des Hinterleibes bildet sich zunächst eine bewegliche, später durch Dehnung und Schrumpfung der Weichteile fixierte Kyphoskoliose und Rotation des Lumbodorsalsegmentes der Wirbelsäule aus. Die bleibenden Deformierungen in den Segmenten der Wirbelsäule lassen sich vorwiegend in den Bandscheiben und den Epiphysenfugen der Körperepiphysen nachweisen. Keilförmige oder durch Torsion deformierte Wirbelkörper finden sich trotz der Fixation der Wirbelsäule nicht vor. Durch die funktionelle Inanspruchnahme und Belastung in abnormer Richtung bildet sich an der erhaltenen hinteren Extremität ein Genu valgum; die daneben bestehende fixierte Ueberstreckung im Kniegelenk ist ebenfalls auf mechanische Ursachen zurückzuführen. Die entsprechenden Epiphysenfugen sind insbesondere an der Tibia mächtig verdickt, zeigen aber in bezug auf Dichte und Masse des Gefüges keinen erkennbaren Unterschied an der Seite der vermehrten Druckspannung gegenüber jener der Druckentlastung. Die zwecks Aufrechterhaltung des Vorderleibes dauernd eingehaltene Abduktion bezw. Adduktion beider vorderen Extremitäten fixiert sich ebenso wie die Deviationen der anderen Gliedabschnitte im Laufe der Monate. Auch hier treten, wie an der hinteren Extremität, mit der Zeit Deformitäten auf, welche mit der Belastung bei dauernd gleicher Haltung der Glieder in direktem Zusammenhang stehen. Die deutlichsten diesbezüglichen Veränderungen sind am Humerus zu sehen und bestehen in einer Verbildung der Kopfepiphyse und Torsion des Schaftes.

Die Tiere bleiben im allgemeinen in der Entwicklung, insbesondere im Wachstum zurück. Die anfangs noch mögliche Lokomotion wird mit der Zunahme der Deformitäten immer schwieriger; nach Ablauf von 6 Monaten können sich die Tiere in der Regel nicht mehr vom Platze bewegen. Je älter die zu dem Versuch benutzten Kaninchen sind, desto weniger deutlich entwickeln sich die beschriebenen Veränderungen.

Von großem Interesse sind auch die vom Verf. herangezogenen Analogien aus dem Pflanzenreich. Sie zeigen eine gewisse Uebereinstimmung mit den Beobachtungen, die bei Belastung deformierter Röhrenknochen gemacht werden; wie bei letzteren vermehrter Druck stets ein Kompakterwerden des Knochens und Druckentspannung Knochenschwund herbeiführt, so sehen wir auf den Querschnitten von Bäumen, welche permanent dem Westwind ausgesetzt sind, auf der windgeschützten aber stärker beanspruchten Ostseite die Jahresringe deutlich an Mächtigkeit zunehmen, während sie auf der Windseite atrophieren.

Es scheint also, daß auch im Pflanzenreich bei pathologischer Belastung analoge Veränderungen im Sinne einer funktionellen Anpassung vor sich gehen, wie sie schon Julius Wolff für die Röhrenknochen nachgewiesen hat.

Adler (Berlin-Pankow).

P. Bull (Christiania): **Potentia generandi trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 40.)

Verf. berichtet über einen Fall, an welchem ihm folgende Punkte bemerkenswert erscheinen: 1. Der jetzt 35 jährige Patient ist trotz doppelseitiger, mit vorübergehender Tuberkulose der Prostata komplizierter tuberkulöser Epididymitis doch Vater von drei Kindern. Verf. hält es aus folgenden Gründen für sehr wahrscheinlich, daß der Mann wirklich der Vater ist: Erstens schließt das Resultat der Untersuchung des Samens diese Möglichkeit nicht aus. Freilich waren die Spermatozoen im Augenblick der Untersuchung bewegungslos, aber trotzdem können sie sich sehr wohl im Moment der Ejakulation bewegt haben. Zweitens wurde das erste Kind genau 9 Monate nach der Hochzeit geboren. Drittens ist das zweite Kind dem Vater sehr ähnlich. Endlich werden seit der Geburt des dritten Kindes auf Initiative der Frau Präventivmittel benutzt. 2. Das Sperma ist ohne den charakteristischen Geruch; Florences Reaktion ist negativ, was auf eine geringe Beimengung oder Fehlen von Prostatasekret deutet. Es scheint also diese Beimengung, entgegen der allgemeinen Lehre, keine Conditio sine qua non der befruchtenden Fähigkeit des Samens zu sein. Der Mangel oder die Geringfügigkeit des Prostatasekrets erklärt vielleicht, daß die Spermatozoen schon nach wenigen Stunden bewegungslos waren. 3. Die Frau hat trotz mehrjähriger, regelmäßiger Einführung tuberkulösen Samens in die Vagina keine Symptome eines tuberkulösen Genitalleidens. 4. Bei den zwei jüngsten Kindern ist die Pirquetsche Reaktion negativ. 5. Obgleich der Samen bei Meerschweinchen Tuberkulose hervorrief, konnten also Kinder ohne Tuberkulose geboren werden und ohne Tuberkulose bleiben. R. L.

Dr. **Gustaf Petrén**, Privatdozent der Chir. zu Lund: **Ueber die Ursachen der postoperativen Todesfälle.** (Beiträge zur klin. Chir., 1912, Bd. 79, H. 1.)

Trotz der stetig verbesserten Operationsresultate mit mehr und mehr verminderter Operationsmortalität sind wir doch betreffs der Operationssicherheit keineswegs soweit gekom-

men, wie es wünschenswert wäre. Andauernd verhält es sich so, daß eine Operation auch wegen einer der gewöhnlicheren, nicht schweren Leiden, wie beispielsweise Leistenbruch oder chronische Appendicitis u. a., nicht vollständig ohne Lebensgefahr ist. Der Zweck vorliegender Mitteilung ist es, für ein größeres Operationsmaterial die täglich verlaufenen Fälle zu prüfen und sie nach den verschiedenen Ursachen des unglücklichen Ausganges übersichtlich zusammenzustellen. Die nachstehenden Mitteilungen gründen sich auf das Operationsmaterial der chirurgischen und gynäkologischen Klinik in Lund während der Jahre 1906—1910. Die Anzahl der während dieser 5 Jahre ausgeführten klinischen Operationen und die Anzahl der postoperativen Todesfälle hat betragen:

in d. chir. Klinik zu Lund 7131 Oper. m. 271 Todesf.,
„ „ gynäk. „ „ „ 1309 „ „ 33 „

Summa: 8440 Oper. m. 304 Todesf. = 3,6 pCt.

Das Bemerkenswerteste bei den Zahlen der Tabelle scheint Verf. die hohe Sterblichkeit — nahezu 10 pCt. — nach den Operationen wegen bösartiger Geschwülste und die relativ niedrige Sterblichkeitsziffer — 1,3 pCt. — nach Operationen wegen sonstiger chronischer Krankheiten oder Krankheitszustände zu sein.

162 von den fraglichen 304 Patienten sind an ihren Grundkrankheiten und nicht infolge der durchgemachten Operation — meistens aber trotz der Operation — gestorben. Die chirurgische Therapie kann demnach nicht mit Fug für diese Fälle verantwortlich gemacht werden.

Von allen wirklichen Operationstodesfällen nach Eingriffen wegen chronischer Krankheitszustände — mit Ausnahme derjenigen wegen bösartiger Geschwülste — beruht nahezu ½ auf postoperativen Lungenkomplikationen, nahezu ¼ auf herabgesetztem Allgemeinzustand oder komplizierter Organ- oder konstitutioneller Krankheit, ungefähr ¼ auf operationstechnischen Ursachen oder besonderen Komplikationen und schließlich 7 pCt. auf postoperativer Infektion.

Wie läßt sich nun eine geringere Sterblichkeit nach unseren Operationen erreichen? Da nach der Statistik des Verfassers die Patienten in nicht weniger als 70 pCt. der postoperativen Todesfälle nach Eingriffen wegen akuter Krankheitszustände an der Krankheit selbst zugrunde gehen, und zwar meistens infolge des Umstandes, daß die Krankheit bei der Operation sich bereits in allzuweit vorgeschrittenem Stadium befindet, so ist es klar, daß der allerwichtigste Faktor, um bessere unmittelbare Operationsresultate nach Eingriffen sowohl wegen aller auf Infektion beruhenden als auch der übrigen akuten Krankheiten, gleichwie auch wegen der bösartigen Geschwülste erhalten zu können, unzweifelhaft frühzeitige Diagnose der Krankheit und baldige Einlieferung ins Krankenhaus ist, so daß eine Operation in einem so frühen Stadium der Krankheit wie möglich vorgenommen werden kann. Dies hängt natürlich weit mehr von dem Publikum und den praktischen Aerzten ab als von den Chirurgen.

Was nun ferner die Möglichkeit für die Chirurgen selbst, die Operationsresultate zu verbessern, betrifft, so sind hier in erster Linie die Operationsindikationen zu berücksichtigen. Man darf hoffen, die Operationssterblichkeit nach Eingriffen wegen chronischer Krankheit wenigstens etwas zu vermindern durch sehr strenge und wohlabgewogene Operationsindikationen, besonders für alle hierher gehörigen Patienten in hohem Alter, mit schlechtem Allgemeinzustand, hochgradiger Anämie, schlechtem Gefäßsystem oder unbefriedigender Herztätigkeit, Lungentuberkulose, Diabetes usw.

Die allgemeine Narkose ist bei dem fraglichen Operationsmaterial kein einziges Mal unmittelbare und direkte Todesursache gewesen — doch ist das Skopolamin in 2 Fällen als wahrscheinlich nächste Todesursache angesehen worden. Hieraus darf man indessen keineswegs schließen, daß die Narkose ganz ohne Schuld an den postoperativen Todesfällen gewesen wäre. Ganz sicher verhält es sich im Gegenteil so, daß die allgemeine Narkose ein stark beitragendes Moment zu dem unglücklichen Ausgange in vielen der Fälle gewesen ist, beispielsweise bei denen, die schon vor der Operation schlecht und heruntergekommen waren, und denen, die bald nach der Operation oder binnen kurzem unter Symptomen von Herzinsuffizienz gestorben sind, und ferner bei denen, die nachher an Pneumonie erkrankt sind usw. Zur Erreichung besserer unmittelbarer Operationsresultate ist es daher von großer Wichtigkeit, daß Lokalanästhesie in möglichster Ausdehnung angewandt und der Gebrauch der allgemeinen Narkose, soweit es sich tun läßt, eingeschränkt, sowie daß die allgemeine Narkose mit Vorsicht und Ueberlegung von einem genügend erfahrenen Narkotiseur besorgt wird.

Postoperative Infektion ist bei dem hier vorliegenden Material nur in vereinzelten Fällen Todesursache nach „reinen“ Operationen gewesen, wenn man von den Operationen wegen Cancer ventriculi, coli und uteri absieht. Folglich läßt sich kaum eine wesentliche Verbesserung der Operationsresultate durch mehr systematisch durchgeführte und verschärfte Asepsis, außer nach den Operationen wegen bösartiger Geschwülste in den Bauchorganen, erhoffen.

Nicht gerade wenige Operationstodesfälle sind die Folge von operationstechnischen Versehen, Irrtümern oder Unfällen, wie unvollständiger Operation, unabsichtlicher Verletzung eines benachbarten Organs, Nachblutung (besonders nach Eingriffen an Patienten mit hochgradigem Ikterus) usw. gewesen. Wenn auch vereinzelte derartige Todesfälle in einem großen Operationsmaterial nie ganz zu vermeiden sein werden, ist es doch möglich, die Operationssterblichkeit in geringem Grade durch zuverlässige Blutstillung sowie Genauigkeit und Vorsicht betreffs der Operationstechnik in allen ihren Einzelheiten nebst reicher Operationserfahrung des Chirurgen herabzumindern.

Die postoperativen Lungenkomplikationen schließlich haben in dem fraglichen Material nahezu die Hälfte der wirklichen Operationstodesfälle nach den Eingriffen sowohl wegen akuter Krankheitszustände als wegen chronischer Krankheiten (wenn die bösartigen Geschwülste nicht mitgerechnet werden) verursacht. Eine ganz besonders große Rolle spielen diese Lungenkomplikationen als Todesursache nach den Bauchoperationen. So sind von den 44 tödlich verlaufenen postoperativen Pneumonien oder schweren Bronchitiden des untersuchten Materials nicht weniger als 40 nach Bauchoperationen und von den 15 Lungenembolien 13 gleichfalls nach Bauchoperationen entstanden.

Es ist kaum einem Zweifel unterworfen, schließt Verf., daß die Vorbeugung postoperativer Pneumonien und Lungenembolien für die moderne Chirurgie, soweit es auf den Chirurgen selbst ankommt, der wichtigste Weg ist, um eine niedrigere Sterblichkeit nach den Operationen, besonders nach den Bauchoperationen, zu erreichen. Kr.

Ophthalmologie.

Privatdozent Dr. **Georg Levinsohn** (Berlin): **Ueber Star-Operationen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 39.)

Verf. gibt einen kurzen Ueberblick über moderne Bestrebungen auf dem Gebiete der Staroperation. Die alte Methode, der Starstich oder Reklination der kataraktösen Linse, wurde neuerdings wieder für gewisse Ausnahmefälle empfohlen; nach Verf. ist sie nur indiziert: erstens bei ausgesprochener Hämophilie, zweitens, wenn hohes Alter mit Geisteskrankheit und starken Aufregungszuständen zusammenfällt, evtl. wo eine Extraktion des Stars mit Entschiedenheit abgelehnt wird. Dies normale Verfahren ist die modifizierte Extraktion nach Gräfe mit Iridektomie. Die Vorzüge dieses Verfahrens haben sich gegenüber den geringen Nachteilen, welche die Iridektomie im Gefolge hat, als so wesentlich herausgestellt, daß man die Extraktion ohne Iridektomie nur in vereinzelten Fällen macht. Neuerdings ist von Pflüger und Hess die einfache Extraktion mit nachfolgender peripherischer Ausschneidung eines Stückes aus der Iris empfohlen worden, während Dimmer die peripherische Ausschneidung vor der Extraktion ausführt. Die Resultate dieser Operationsmethode sind ganz gut. Bei nicht ganz reifen Staren empfiehlt es sich, nach vorausgeschickter Iridektomie die Katarakt durch Massage nach Förster vorher zur Reife zu bringen. — Um die Bildung eines Nachstars zu verhüten, wurde von Pagenstecher eine Methode, den Star innerhalb der Kapsel zu entfernen, angegeben; dies Verfahren wird neuerdings von einem in Indien lebenden englischen Militärarzt, Smith, in großem Maßstabe ausgeübt; es ist indes zu gefährlich, um für europäische Verhältnisse empfohlen werden zu können. — Zur Entfernung des Nachstars wurden auch eine Reihe von Methoden angegeben, teils mit Eröffnung des Auges, teils ohne dieselbe; empfehlenswert ist nur letzteres Verfahren, die Beseitigung des Nachstars bei Erhaltung der Vorderkammer. Verf. hat neuerdings zur Durchschneidung des Nachstars ein Sichelmesserchen angegeben, welches die Operation sehr erleichtert. Was die Nachbehandlung anlangt, so empfiehlt Verf. Verband des operierten Auges in den ersten Tagen (am ersten Tage werden gewöhnlich beide Augen verbunden); sind die Schnittränder einigermaßen fest verklebt, so wird der Verband fortgelassen und nur durch ein Fuchssches Gitter geschützt. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Stabsarzt Dr. **Beck** (München): **Ueber Jodostarin „Roche“.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Verf. hat das Jodostarin „Roche“ bei einer Reihe von Augenkrankheiten (Erkrankungen der Netzhaut und Aderhaut, des Glaskörpers, der Hornhaut) als Ersatz des Jodkaliums angewendet. Das Jodostarin ist in Tabletten à 0,25 g im Handel; der Jodgehalt des Präparats beträgt 47,5 pCt., so daß jede Tablette 0,12 g Jod enthält. Verf. richtete sein Augenmerk hauptsächlich darauf, wie Jodostarin vertragen wird und ob es sich längere Zeit in Tagesdosen von 1—3 g ohne Nachteile geben läßt. Das Mittel wurde von allen Behandelten gerne genommen; über direkt unangenehmen Geschmack wurde nie ge-

klagt; einige Patienten gaben an, es schmecke nach Jod. Nur bei einem Patienten, der gegen Jod besonders empfindlich ist, trat leichter Jodschnupfen auf, der aber die weitere Darreichung des Jodostarins nicht behinderte. Irgendwelche anderen Störungen traten nicht auf. Was die Dosis anlangt, so gab Verf. täglich 8—10 Tabletten, bei akuten Fällen bis zu 15 Tabletten im Anfang. Bei längerer Darreichung wurde öfter 2—3 Tage pausiert. In einem Falle wurden in fast sieben Wochen 253 Tabletten gegeben, bei den Erkrankungen des Glaskörpers meist bis zu 200 Tabletten (in 3 Wochen), bei Erkrankungen der Netz- und Aderhaut in 3—4 Wochen 200 bis 300 Tabletten. Verf. ist der Ansicht, daß 10—15 Tabletten im Anfang einer Erkrankung täglich gegeben genügen; bei längerer Erkrankung sind 6—8 pro Tag ausreichend, namentlich bei Nachbehandlung von Augenkrankheiten, wobei öfters eine Pause eingeschaltet werden darf. Ein Unterschied in der therapeutischen Wirkung war bei Jodostarin dem Jodkalium gegenüber nicht bemerkbar.

Dr. **A. Hecht** (Beuthen, Oberschl.): **Beiträge zur medikamentösen Therapie der Tuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. berichtet über einige medikamentöse Hilfsmittel, die sich ihm bei der Behandlung der Lungentuberkulose als wertvoll erwiesen haben. Zur Bekämpfung des Fiebers der Tuberkulösen wird gegenwärtig das Pyramidon viel angewendet. Es hat tatsächlich gewisse Vorzüge; es setzt das Fieber auch schon in geringen Dosen prompt herab. Indes gehen ihm antiphlogistische Eigenschaften, sowie das Vermögen, die Toxine des Tuberkelbacillus unschädlich zu machen, ab. Dagegen besitzt nach Verf. das G u a j a k o l eine antitoxische Wirkung, die am reinsten in solchen Fällen zur Beobachtung kommt, wo die Krankheitserscheinungen lediglich auf Toxinwirkung zurückzuführen sind, nämlich bei der Tuberkulose der Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Beiden Krankheiten ist gemeinsam ein hohes remittierendes Fieber. Hierzu gesellen sich bei Erkrankung der Mesenterialdrüsen heftige Leibschmerzen, besonders zur Nachtzeit, sowie in manchen Fällen Diarrhöen. Verf. sah hierbei stets eine prompte Wirkung durch Anwendung des Guajakols, bei innerlicher oder externer Applikation. Da durch die kutane Anwendung auch das Fieber wirksam bekämpft wird, zieht Verf. letztere vor. Er wendet eine 10 proz. Guajakolsalbe an; als Salbenkonstituens benutzt er ausschließlich Vaselinum flavum, um zu verhüten, daß zu große Dosen Guajakol resorbiert werden. Eine antipyretische Wirkung zeigte das Guajakol bei dieser Anwendungsweise stets; die Entfieberung ist je nach dem Verhalten der lokalen Lungenherde eine dauernde oder nur vorübergehende. — Was die sonstige medikamentöse Behandlung der Lungentuberkulose anlangt, so hat Verf. seit Jahren folgendes Mittel sehr bewährt gefunden:

Rp. Chinin. cinnamyl. . 5
(s. Thiocol Roche 10)
Helenin (Merck) . 2,5
Natr. arsenicos. . . 0,1—0,15
Extr. Strychni . . 1,0—1,5
M. f. pilulae No. 100.
S. 3 mal tägl. 2 Pillen nach dem Essen zu nehmen.

Es gelang Verf. häufig in solchen Fällen, welche durch Kreosotal etc. keine Besserung erfahren hatten, durch diese Medikation erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens sowie des Lungenbefundes zu erzielen, so daß die Patienten sich noch nach Jahren einer guten Gesundheit erfreuten. Verf. führt als Beispiel einige Fälle an. Er hat bisher das Helenin auf subkutanem Wege noch nicht einverleibt, glaubt indes, daß evtl. eine Auflösung des Helenins in Sesamöl intramuskulär schmerzlos injiziert werden könnte. R. L.

Dr. med. **E. Otto** (Wiesbaden): **Die Behandlung der Dysmenorrhoe mit Ovaradentriferrin.** (Der Frauenarzt, 1912, Heft 10.)

Manche Fälle von Dysmenorrhoe sind auf eine mangelhafte innere Sekretion der Ovarien zurückzuführen und es gelingt häufig durch Darreichung von Ovaradentriferrin, die Beschwerden der Patientinnen in ausgezeichneter Weise zu heben. Besonders prägnant sind solche Fälle, in denen kein anderes Medikament gegeben wurde und bei denen die Störungen schon jahrelang bestanden. Eine Patientin, die bei jeder Menstruation tagelang Erbrechen hatte, wurde durch Darreichung von Ovaradentriferrin von dem Erbrechen völlig befreit. Bei Oligomenorrhoe mit heftigen Schmerzen bewirkten die Tabletten, daß bereits die nächste Periode völlig schmerzfrei auftrat. Besonders interessant ist die Wirkung des Ovaradentriferrins bei starken Periodenblutungen. Es werden sowohl die begleitenden Schmerzen aufgehoben als auch die Menstrualblutungen auf das normale Maß beschränkt.

Das Präparat ist zweckmäßig während der ganzen intermenstruellen Zeit in der Dosis von 3 mal tägl. 1 Tablette zu geben.

Dr. **G. Foy** (Dublin): **Zur Dosierung des Styptols.** (The Medical Press, November 1912.)

Während der letzten 5 Jahre hat Verfasser Gelegenheit gehabt, Styptol bei verschiedenen Uterusblutungen zu verschreiben und ist schließlich zu außerordentlich großen Dosen übergegangen, womit er gute Erfolge erzielte. Er verabreichte bis zu 0,6 g, während sonst nur 0,1—0,15 g gegeben wird. So gab er in einem Falle 0,6 g alle 2 Stunden, ohne daß die geringsten Nebenwirkungen auftraten. Es empfiehlt sich, das Mittel in Zwischenräumen von 2, 3 oder 4 Stunden, je nach der Lage des Falles, zu geben. Verf. findet das Präparat als Stypticum allen ähnlichen Mitteln überlegen und weist darauf hin, daß Styptol in höheren Dosen zu verordnen ist, als wie bisher üblich war. K.

Serumtherapie.

Dr. **E. Levy** (Essen): **Die Behandlung der epidemischen Genickstarre durch Seruminjektionen in die Seitenventrikel.** (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 59, H. 1 u. 2.)

Daß die Serumbehandlung der Genickstarre nur vermittelst der intralumbalen Injektion Aussicht auf Erfolg bietet, ist als endgültig festgestellt anzusehen. Indes versagt die Methode bei Säuglingen, weil es nicht gelingt, in den Durasack einzudringen, zumal bei starkem Opisthotonus. Man hat daher wiederholt mit gutem Erfolg Einspritzungen in die Seitenventrikel vorgenommen. Verf. hat ein Kind von 3½ Monaten behandelt, das an schwerer Meningitis mit halbseitiger Lähmung erkrankt war. Im Lumbalpunktat mikroskopisch und kulturell Meningokokken. Alle Lumbalpunktionen, abgesehen von der ersten, mißlingen. Auch die anderweitige Therapie, Urotropin, Bäder usw., versagt. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends. Da gelingt es nach zwei vergeblichen Versuchen am 16. und 17. Krankheitstage, die Seitenkammern des Großhirns zu punktieren und je 8 ccm Serum einzubringen. Alsbald Fieberabfall und Rückgang aller Krankheitserscheinungen. Nach 4 Wochen kommt das Kind angeblich mit einem Rezidiv wieder zur Aufnahme. Das Rezidiv entpuppt sich als Varicellenerkrankung. Daneben bestanden als Folgeerscheinungen der epidemischen Meningitis eine Lähmung der vorderen tiefen Halsmuskeln und Taubheit. Die Ventrikelpunktion ergab Freisein des Liquor von Kokken. Nachdem der Säugling noch ein hartnäckiges Ekzem und eine schwere Pneumonie überstanden hatte, konnte er geheilt aus dem Hospital entlassen werden. J. R.

Chirurgische Therapie und Technik.

a) Medikamentös-externe Therapie.

Fritz Dörken, Medizinalpraktikant d. Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen: **Die Anwendung von Spiritus-Glyzerin zu feuchten Verbänden als Ersatz der essigsauren Spiritus- und Essigsäure-Tonerde-Therapie.** (Therapeut. Monatshefte, Oktober 1912.)

Unter allen bisher bekannten Imprägnierungsmitteln ist kaum eins, welches den Anforderungen einer resorptionsbeschleunigenden Wirkung, verbunden mit absoluter Reizlosigkeit, entspricht, ein Mittel, das hauptsächlich in der Kinderheilkunde von großer Bedeutung wäre. Verf. berichtet nun über eine von Prof. G ö p p e r t in die Göttinger Kinderklinik eingeführte Mischung von halb 96 proz. Spiritus, halb Glyzerin, die zu Verbänden und kleineren Umschlägen mit den günstigsten Resultaten verwendet wurde. Die Kombination gerade dieser beiden Mittel ergibt sich aus folgenden Erwägungen: Es ist bekannt, in welcher Weise das Glyzerin die ätzende und nekrotisierende Wirkung des Karbols aufhebt, ohne seine anästhesierende Eigenschaft zu beeinträchtigen, so daß letzteres selbst bis zu 10 proz. Lösung in der Otologie allgemein angewandt wird. Andererseits kennt man die vorzügliche Wirkung von Spiritusverbänden auf Entzündungen, kann sie aber wegen ihrer stark reizenden Eigenschaften therapeutisch nur mit größter Vorsicht benutzen. Es lag also nahe, zu versuchen, diese durch Mischung mit Glyzerin aufzuheben. Die zahlreichen Fälle der Göttinger Kinderklinik zeigen, daß diese Kombination den Erwartungen entspricht. Sie wird in obiger Klinik überall da angewendet, wo sonst feuchte Verbände mit Spiritus, essigsaurer Tonerde oder anderen Imprägnierungsmitteln üblich sind, z. B. bei Drüseneiterung, Mastitis, phlegmonösen Prozessen, Nabelentzündungen Neugeborener und ähnlichen Fällen. Die Applikation geschieht nach der Art der feuchten Verbände: Einige Lagen Verbandmull werden in Spiritus-Glyzerin getränkt und gut ausgedrückt auf die Haut gelegt. Darüber kommt eine allseitig überstehende Lage Billroth-Batist. Darauf eine Schicht Watte. Die Abdichtung muß besonders vorsichtig gehandhabt werden wegen der Flüchtigkeit des Alkohols. Auch in Fällen, wo ein kräftiger Hautreiz gesetzt werden soll, wie z. B. bei Bronchopneumonien usw., wird diese Mischung zu Abreibungen mit Vorliebe benutzt. Sie hat dabei den Vorzug gegenüber Franzbranntwein und ähnlichen Mitteln, daß die Glätte des Glyzerins ein Wundreiben verhindert. Außerdem ist sie bei besonders empfindlichen

OSCAR COBLENTZ
Verlagsbuchhandlung

BERLIN W. 30, Datum des Poststempels
Maaßenstraße 13

Sehr geehrter Herr Doktor!

Unter dem Titel

Patienten-Journal

erscheint in meinem Verlage

eine einfache, dabei aber äußerst praktische ärztliche Buchführung,

deren Einrichtung Sie aus umstehenden Formularen freundlichst ersehen wollen. Die Formulare sind auf vorliegendem vorzüglichen Schreibpapier im Format dieses Rundschreibens gedruckt; die Ausstattung des Buches ist eine sehr gediegene.

Im Gegensatz zu anderen ärztlichen Buchführungs-Journalen enthält das Patienten-Journal

gar keine Reklamebeigaben.

Trotzdem sind die Preise äußert gering:

Es	kostet	ein	gut	gebundenes	Exemplar	mit	256	Konten	nur	M.	2,—
„	„	„	„	„	„	„	512	„	„	„	3,50
„	„	„	„	„	„	„	768	„	„	„	5,—
„	„	„	„	„	„	„	1000	„	„	„	7,50

Extra-Anfertigungen — unter Verwendung der umstehenden Formulare — werden mit je 75 Pf. für weitere je 100 Konten berechnet.

Bei Bestellung belieben Sie sich der beigefügten Bestellkarte zu bedienen.

Hochachtungsvoll

Oscar Coblentz, Verlag

Schemata der Formulare:

№ ....
(Zuname) (Vorname) (Beruf) (Alter) (Wohnung)

Datum der Aufnahme	Datum der Entlassung	Datum der Konsult.		Datum der Besuche	

Liquidationsbetrag

M.............................

Besonders zu berechnende Leistungen:

Datum:

Diagnose und Krankengeschichte:

Auf jeder Seite befinden sich **zwei** Konten in diesem Format!

Bemerkungen:

Krankenkasse?

Liquidations=Verzeichnis

Journal №	Name und Wohnung	Liquidations-Betrag		Tag des Abgangs der Liquidation	Weitere Liquidation	Tag der Erledigung	Bemerkungen

Eine Seite umfaßt 22 Zeilen.

Außer obigen Formularen enthält jedes Patienten-Journal ein **Register.**

Druck von Carl Marschner, Berlin S.W. 68.

Ich bestelle hierdurch .... Exemplar...... des

Patienten-Journal 1913

und zwar:

						Porto und Nachnahme	
						auswärts	Berlin u. Vororte
.... Ausgabe	A	mit	256	Konten	M. 2,—	M. —,50	M. —,20
.... „	B	„	512	„	„ 3,50	„ —,70	„ —,20
.... „	C	„	768	„	„ 5,—	„ —,80	„ —,30
.... „	D	„	1000	„	„ 7,50	„ —,80	„ —,30
Extra-Anfertigung		„	....	„	„	„ —,80	„ —,30

Betrag ist nachzunehmen.

(Nichtgewünschtes bitte zu durchstreichen!)

(Name u. Wohnort) ....

(gefl. recht deutlich!)

Bücherzettel

3 Pf.

An die

Verlagsbuchhandlung Oscar Coblentz

BERLIN W. 30

Maaßenstr. 13

Kindern sehr zweckmäßig erschienen zu Halsumschlägen in Fällen von Erkältungskrankheiten. Auch hier war absolute Reizlosigkeit mit guter Wirkung kombiniert.

Dozent Dr. **Hugo v. Feleky**, Chefarzt der urolog. Abt. der Budapester öffentl. Poliklinik: **Zur Frage der abortiven Behandlung der Urethritis gonorrhoica.** (Folia urologica, Oktober 1912, Bd. 7, No. 3.)

Unser erstes und wichtigstes Bestreben muß dahin gehen, das Uebergreifen des gonorrhoischen Prozesses auf die hinteren Partien der Harnröhre zu verhüten; denn zu einer wirklich ernsten, mit schweren Komplikationen einhergehenden Erkrankung wird die gonorrhoische Entzündung erst dann, wenn ihre Ausbreitung nach rückwärts Platz gegriffen hat. Zweck der abortiven Behandlung des Trippers ist, dem Fortschreiten des gonorrhoischen Prozesses sofort zu Beginn der Krankheit — solange die Erscheinungen noch minimale sind — durch rasche Abtötung der Gonokokken vorzubeugen und so die Weiterentwicklung der Krankheit zu verhindern. Die Abortion ist in allen Fällen der akuten Gonorrhoe zu versuchen, sofern der Kranke sich rechtzeitig meldet, d. h. wenn sowohl die objektiven als die subjektiven Erscheinungen noch ganz geringe sind; also in den allerersten Tagen, im Stadium der kaum merklichen Entzündungserscheinungen, solange die Schleimhaut sichtlich noch nicht geschwollen, die Ausscheidung gering und makroskopisch schleimig erscheint, und die subjektiven Empfindungen höchstens in kaum fühlbarem Jucken oder Brennen bestehen. Je früher die Behandlung, um so sicherer der Erfolg.

Die abortive Behandlung ist nicht allein aus dem Grunde einer erzielbaren raschen Heilung angezeigt, sondern weil wir hierdurch das Zustandekommen einer Urethritis posterior regelmäßig verhindern können, was deshalb von Wichtigkeit ist, da nahezu alle schweren Komplikationen der Gonorrhoe eigentlich Komplikationen der Urethritis posterior sind. Die von anderer Seite angegebenen abortiven Methoden (Irrigationen, Instillationen, prolongierte Einspritzungen usw.) führen nur selten zum Ziel, können hingegen bedeutende Nachteile: heftige Reizungen, Schädigung der Schleimhaut und ernste Komplikationen, verursachen. Ohne jedweden Nachteil und mit sehr gutem Erfolg kann das abortive Verfahren mittels des Urethroskops angewendet werden. Die Pars anterior wird unter Kontrolle unseres Auges mit einer entsprechenden baktericiden Lösung gründlich ausgepinselt. Der Tubus muß von größerem Kaliber sein, und dementsprechend soll auch der Tamponträger mit einem relativ großen Tampon armiert werden, — denn nur so gelingt es, die Lösung mit allen Teilen der Schleimhaut in innigen Kontakt zu bringen. Die Pinselung geschieht mit folgenden Mitteln: 2½ proz. Argentum nitricum-Lösung oder 10 proz. Protargol-, Largin-, Albargin-Glyzerin-Lösung. Das Verfahren muß evtl. 1- bis 2 mal wiederholt werden. Bei recht frühzeitigem Erscheinen des Kranken soll Argentum nitricum, als das verläßlichste Mittel angewendet werden. Nebst den lokalen Eingriffen und als Nachbehandlung macht Patient Einspritzungen; am ersten Tage mit 1 proz. Liquor Alsoli, später abwechselnd mit Ichthargan (0,10: 200,0) und Zincum sozojodolicum (1,0: 200,0). Körperanstrengungen sind verboten. Verfassers Statistik erstreckt sich nunmehr auf 476 Fälle. Wenn er jene Fälle ausscheidet, wo der Patient sich seinen Verfügungen nicht unterwarf und sich nach dem scheinbaren Erfolge gleich Schädlichkeiten aussetzte, und jene, wo infolge des späten Erscheinens des Kranken eine Erfolglosigkeit von vornherein vorauszusehen war, so blieben 446 Fälle, bei denen, bis zum Wegbleiben der für die Gonorrhoe charakteristischen diagnostischen Merkmale, die Dauer der mit lokalen Eingriffen verbundenen Behandlung sich auf 4 bis 13 Tage erstreckte. Das vollkommene Schwinden aller subjektiven und objektiven Erscheinungen nahm außerdem noch eine kürzere oder auch etwas längere Zeit in Anspruch. Doch auch in den nicht gelungenen Fällen war der Verlauf ein günstigerer und rascherer, als wir das sonst bei methodischer Behandlung zu beobachten pflegen. Dieses Verfahren verursacht niemals Komplikationen. Kr.

b) Operative Therapie und Technik.

Dr. **Eduard Borchers** (Altona): **Die totale Enukleation der Gaumenmandeln.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Neuerdings wird statt der früher üblichen unvollständigen Entfernung der Gaumenmandeln mittels Tonsillotom oder Knopfmesser die Enukleation, d. h. die totale Ausschälung der Gaumenmandeln, empfohlen. Auch Verf. empfiehlt diese Operation nachdrücklich; erstens, weil nur die vollständige Beseitigung der Gaumenmandeln sicheren Schutz gegen die immer rezidivierenden Tonsillitiden und peritonsillären Abscesse gewährt, zweitens wegen der günstigen Wirkung der Entfernung der Gaumenmandeln (und der Rachenmandel) auf skrofulöse Kinder. Es sind im Laufe der letzten Jahre mehrere Methoden angegeben worden, die Tonsillen instrumentell, unter Leitung der Augen, zu entfernen. Alle diese Verfahren sind relativ umständlich, weil durch das ständig fließende Blut die Uebersicht sehr stark erschwert wird. In Fällen von sehr kleinen oder weichen und stark zerklüfteten Tonsillen, bei alten derben peritonsillitischen Verwachsungen kann allerdings die Tonsillektomie nur instrumentell vorgenommen werden. Für die meisten Fälle aber, in denen die Tonsillen derbe, kugelige Gebilde darstellen, kommt man nach Verf. mit einer einfachen Methode zum Ziel, die sich von jedem ambulant ausführen läßt. Der Eingriff wird in Chloräthylnarkose gemacht. Man legt dem Patienten ca. 8 Schichten dünner Gaze über den Naseneingang, tropft darauf nicht allzu rasch das Chloräthyl; selbst Kinder sträuben sich wenig dagegen. In etwa ½ Minute ist das analgetische Stadium, der Rauschzustand, und in 1—2 Minuten dasjenige Stadium erreicht, in dem man mit der Enukleation beginnen kann. Man beginnt also in dem Stadium kurz vor dem Anfang des tiefen Schlafes, wenn die Reflexe eben noch auslösbar sind, zu operieren, und die Zeitspanne bis zum Erwachen der Patienten genügt für die Enukleation einer, evtl. auch beider Tonsillen. Man lagert den Patienten am besten mit aufgerichtetem Oberkörper und etwas nach rechts bezw. links gedrehtem Kopf. Zur Seite des Kranken steht ein Assistent, welcher mit einer Hand mittels der Roserschen Mundsperre die Kiefer auseinanderhält und mit der anderen mittels einer Zungenzange die Zunge vorzieht; rechts bezw. links vom Patienten stellt sich der Operateur auf. Zunächst erfolgt die Ablösung der Tonsille von dem vorderen Gaumenbogen mittels eines gekrümmten Elevatoriums, indem man die leicht gebogene Spitze dieses Instruments am oberen Pol der Tonsille hinter den Gaumenbogen schiebt und die Tonsille mit einem Ruck nach unten löst. Ist dieses Ablösen wegen starker Verwachsungen nicht möglich, so greife man gleich zur Zange und Cooperschen Schere; in den meisten Fällen gelingt aber die Lösung mittels Elevatoriums sehr leicht. Jetzt schiebt man die Spitze des ausgestreckten Zeigefingers der linken resp. der rechten Hand an die Stelle des Elevatoriums hinter den Gaumenbogen, drängt sie hinter die Tonsille und löst diese durch streifende Bewegungen nach oben und unten völlig aus ihrem Bett heraus, was meist in wenigen Sekunden geschehen ist, bis sie nur noch an einem nach dem Zungengrunde zu verlaufenden Strang hängt. Diesen Strang, den man zwischen Daumen und Zeigefinger faßt, kann man bei Kindern meist leicht, ohne irgendetwas zu verletzen, durchreißen; bei Erwachsenen durchtrennt man ihn mit der Schere. Ist eine Tonsille entfernt, so läßt man am besten den Pat. sich etwas erholen, den Mund mit Wasserstoffsuperoxydlösung ausspülen, gibt dann wieder einige Tropfen Chloräthyl und macht den Eingriff auf der anderen Seite. Eine Blutstillung ist nicht nötig; die Blutung steht in der Regel spontan nach Ausspülung des Mundes mit Wasserstoffsuperoxydlösung. R. L.

Oberarzt Dr. **Carl Lauenstein** (Hamburg): **Zur Frage der Ueberpflanzung behaarter Haut.** (Zentralbl. f. Chir., 1912, No. 36.)

Es ist, sagt Verf., aus Einzelfällen zur Genüge bekannt, daß man Haarboden von der Kopfhaut durch gestielte Lappen verpflanzen kann, so daß die Haare ungestört weiterwachsen. Man erlebte es unter Umständen, daß diese überpflanzten Haare sich später in unliebsamer Weise bemerkbar machten, wie z. B. nach Verwendung gestielter Lappen innerhalb der Mundhöhle. Wie man sich unter Umständen diese Transplantation von Haarboden bei Defekten von Schnurrbart und Augenbraue in willkommener Weise dienstbar machen kann, hat Lexer erst vor kurzem auf dem Chirurgenkongreß überzeugend demonstriert. Im übrigen ist nur wenig bekannt über das Gebiet der Erzeugung von Haaren durch Transplantation. Da Verf. in letzter Zeit Veranlassung fand, in einem Falle am Menschen heteroplastisch behaarte und unbehaarte Kopfschwarte zu überpflanzen und hinterher an Hunden diese Frage experimentell zu prüfen, so macht er darüber eine kurze Mitteilung, obwohl die Ergebnisse in allen Fällen negativ verlaufen sind. Verf. hofft durch diese Mitteilung andere Interessenten für Haarüberpflanzung zur Veröffentlichung etwaiger Erfahrungen über dies Thema zu veranlassen.

Stabsarzt Dr. **Fritz Lotsch**: **Ersatz des Gummis durch metallene Spiralfedern bei der künstlichen Blutleere.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Henlesche Binde. Vor zwei Jahren empfahl St.-A. Blecher eine metallene Spiralfeder als Ersatz des leicht brüchig werdenden Gummischlauches bei der künstlichen Blutleere. Die 70 cm lange Spiralfeder aus rostfreiem Material war mit Trikot umsponnen und endete beiderseits in Haken, die mittels Verschnürung zur Befestigung dienten. Die Elastizität war ebenso wie die von Gummi; über deren Dauer war ein Urteil noch nicht möglich. Als großer Vorzug wird hervorgehoben, daß das Instrument durch Kochen sterilisierbar ist. Versuche an der Madelungschen Klinik hatten gute Resultate. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Henle (Dortmund) war mit der

Blecherschen Spiralfeder nicht zufrieden. Sie schnürte zu sehr und rutschte bei konischer Form der Extremität leicht nach unten ab. Henle hat nun in diesem Jahre einen anderen haltbaren Ersatz der Esmarchschen Gummibinde angegeben. Er verwendet rostfreien Klaviersaitendraht, der in Serpentinen zu einer bindenartigen Fläche verarbeitet und durch einen Durchzug von festem Leinenband vor Ueberdehnung geschützt ist. Die Serpentinen sind außerdem leicht über die Fläche gebogen, um Druck der Enden zu vermeiden. Der Leinengurt ragt an einem Ende 50 cm vor und dient als Unterpolsterung für die nachfolgenden Drahtserpentinen. Die Befestigung geschieht mittels Hakens. Zur leichteren Handhabung kann man sich einer Metalltrommel zum Auf- und Abwickeln bedienen. Den etwas umständlichen Verschluß mit dem Haken hat Verf. vorliegender Arbeit durch einen einfacheren ersetzt, der bereits bei dem Militärmodell des Esmarchschen Schlauches erprobt ist. Um ein Rosten des Drahtes unmöglich zu machen, ist der verzinnte Stahldraht nachträglich noch verkupfert und darüber vernickelt. Der Leinengurt hält sehr lange und ist ohne nennenswerte Mühe und Kosten von jedermann zu erneuern. Die neue Drahtbinde kann mit Seife und Bürste leicht gesäubert werden und verträgt außerdem die Sterilisation durch Auskochen oder strömenden Wasserdampf. Sie ist in verschiedenen Längen in den Handel gebracht. Für die Blutleere am muskulösen Oberschenkel ist eine Länge von 1 m nötig. Henle machte mit der Binde nur günstige Erfahrungen. Auch L. kann nur über günstige Erfahrungen berichten. Die Binde schmerzt bei längerem Liegen nicht mehr als die Gummibinde. Eine einwandfreie Blutleere ist leicht zu erzielen; wichtig bleibt auch für die neue Binde, nur so stark anzuziehen, bis der Puls (Radialis bezw. Tibialis post.) verschwindet. Einer Unterpolsterung mit Flanell, wie L. sie befürworten möchte, oder mit Factis, steht nichts im Wege. Um die Widerstandsfähigkeit der neuen Binde zu prüfen, ließ Verf. sie nachts über einer Kopfrolle straff gedehnt liegen und kochte sie tagsüber mehrmals im Instrumentenkocher aus. Die so gebrauchte Binde zeigt keinerlei Rostflecke, keine meßbare Verlängerung als Ausdruck der nachlassenden Elastizität und keinen Verschleiß des Leinengurtes.

Der Preis der 1 m langen Binde beträgt 8,45 M. Sie wird verfertigt von der Firma Georg Haertel, Breslau. Kr.

Dr. **Franz v. Fàykiss**, 1. Assist. d. chirurg. Klinik zu Budapest: **Ueber Gefäßtransplantationen.** (Beitr. zur klin. Chirurgie, 1912, Bd. 78, H. 3.)

Die Vervollkommnung der Technik der Gefäßnähte, besonders das Bekanntwerden der Carrelschen Methode, ermöglichte bald, daß die Versuche, welche den Ersatz von größeren Gefäßdefekten durch andere Gefäßstücke bezweckten, immer bessere Resultate aufwiesen. Die ersten diesbezüglichen Versuche, welche noch in jene Zeit fallen, wo die einfache Gefäßnaht mit den Anfangsschwierigkeiten zu kämpfen hatte, waren natürlich erfolglos, so daß Exner im Jahre 1903 der Meinung war, die Transplantation der Gefäße könnte überhaupt nicht mit Erfolg vorgenommen werden, weil die Gefäße, welche der Vasa vasorum beraubt sind, nicht genügend ernährt werden und demnach das transplantierte Gefäßstück absterben muß und dessen Lumen mit Thromben verlegt wird. Hüpfner widerlegte diese Behauptung noch in demselben Jahre, indem er mit derselben Exnerschen Methode schöne Resultate erzielte. Er nahm mit Erfolg autoplastische und homöoplastische Transplantationen vor; seine Venentransplantationen und heteroplastischen Transplantationen sind jedoch mißlungen. In dieselbe Zeit fällt auch das Auftreten Carrels, welcher durch seine Jahre hindurch fortgesetzten Versuche der Begründer der heutigen Gefäßchirurgie wurde. Dem Verfahren von Carrel wurde mehrere Jahre hindurch keine gebührende Würdigung zuteil, bis im Jahre 1907 Stich die große Bedeutung der Carrelschen Versuche erkannte, dieselben wiederholte und zur allgemeinen Verbreitung derselben wesentlich beitrug. Es erwies sich, daß nicht nur die Transplantation der homöoplastischen Arterien und Venen, sondern auch die heteroplastische Transplantation — allerdings nur in wenigen Fällen — von Erfolg war. Nach Stich können die Versuche zum Ersatz der Gefäßdefekte folgendermaßen eingeteilt werden:

1. Autoplastische Transplantation: a) der Arterien, b) der Venen.
2. Homöoplastische Transplantation: a) frischer Arterien derselben Tiergattung, b) frischer Arterien aus dem Kadaver derselben Tiergattung, c) konservierter Arterien derselben Tiergattung.
3. Heteroplastische Transplantation frischer oder konservierter Arterien oder Venenstücke einer fremden Tiergattung.
4. Plastischer Ersatz der Gefäße durch andere Gewebe, z. B. Ureter, Peritoneum etc.

Die Gefäßnähte, noch mehr die Transplantationen, erfordern einen bedeutenden Grad manueller Fertigkeit. So ist es erklärlich, daß dasselbe Verfahren in der Hand verschiedener Operateure ganz abweichende Resultate aufweist.

Selbst in Fällen, wo das transplantierte Gefäßstück mit der Zeit zugrunde geht, wie es nach den Untersuchungen von Ward bei der heteroplastischen Transplantation geschieht, ist die Transplantation doch begründet, weil während dessen Zeit zur Ausbildung von kollateralen Gefäßen gewonnen wird. Das transplantierte Gefäßstück entartet vom 20. Tage an bindegewebig.

Der praktische Wert der Gefäßtransplantation wird bedeutend vermindert dadurch, daß die besten Methoden der Technik noch nicht verläßliche Resultate geben und der Erfolg noch fraglich bleibt bei den einzelnen Fällen. Die Frage der Gefäßnaht ist darum noch immer nicht endgültig gelöst.

Verf. hat aus seinen 60 Versuchen (zirkuläre Gefäßnaht, Gefäßtransplantationen) die Ueberzeugung gewonnen, daß beim Ausführen dieser Operation das aseptische Arbeiten und eine tadellose Technik zur Verhütung der Thromben nicht genügen, sondern ein jeder Umstand, welcher zur Thrombose Veranlassung geben könnte, auf das Peinlichste erwogen werden muß und auszuschalten ist. Die Versuche (autoplastische und homöoplastische) machte Verf. ausnahmslos an den großen Halsgefäßen von Hunden. Er transplantierte in 14 Fällen Arterie in Arterie, in 6 Fällen eine Vene in eine Arterie. Zur Naht wurde Seide, eine zylindrische, gerade (am Ende wenig gebogene) Nadel gebraucht und aus freier Hand genäht. Aus seinen Versuchen leitet Verf. folgende Sätze ab:

1. Arteriendefekte können durch autoplastisch und homöoplastisch transplantierte Arterienstücke gut ersetzt werden.
2. Die homöoplastische Arterientransplantation ist ebenso erfolgreich, wie die autoplastische, und es ist ganz gleichgültig, ob das Transplantat vom lebenden oder vom toten Tiere genommen wird.
3. Die autoplastische Venentransplantation in die Arterie kann von Erfolg begleitet sein; sie ist aber weitaus unsicherer als die Arterientransplantation.
4. An dem in die Arterie überpflanzten Venenstücke kommen eingehende Veränderungen zustande; die Venenwand verdickt sich bindegewebig und neigt eben wegen dieser Verdickung zur Schrumpfung und Stenose.
5. Das Zusammenlegen ausgedehnter Intimaflächen ist sehr wichtig; es ist deshalb zweckmäßig, als Situationsnähte „U"-Nähte zu benützen. Diese „U"-Nähte sind besonders zu empfehlen, wo zwischen den Gefäßstümpfen eine Lumendifferenz vorhanden ist; auch erweisen sie nützliche Dienste bei lateralen Lappenimplantationen und einfachen lateralen Implantationen. Kr.

Diagnostische Technik.

M. Claudius: Kolorimetrische quantitative Albuminbestimmung. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Verf. empfiehlt eine neue Methode zur quantitativen Eiweißbestimmung, die auf folgendem Prinzip beruht. Wenn man eine Albuminlösung mit einer Flüssigkeit fällt, die außer der albuminfällenden Substanz einen aufgelösten Farbstoff enthält, der Affinität zum Albumin hat, wird das gefällte Albumin sich eines Teiles des Farbstoffs bemächtigen und die Farbe der Lösung dadurch schwächer werden; diese Farbenabsorption ist gesetzmäßig von der Albuminmenge abhängig. Das Prinzip der Methode besteht nun darin, kolorimetrisch die Farbenstärke des Filtrats durch Vergleichung mit einer Normallösung zu bestimmen und daraus die Albuminmenge zu ermitteln. Als albuminfällendes Mittel benutzt Verf. Trichloressigsäure in Verbindung mit Gerbsäure, als Farbstoff Säurefuchsin. Diese Lösung von Trichloressigsäure, Gerbsäure und Säurefuchsin dient also als „Reagens". Die Bestimmung der Farbenstärke des Filtrats geschieht in der Weise, daß eine bestimmte Menge des Filtrats mit einer besonderen „Verdünnungsflüssigkeit", einer Lösung aus Trichloressigäsure und Pikrinsäure, verdünnt wird, bis die Farbe dieselbe ist, wie die Normalfarbe, die sich in einem Glas von gleichem Kaliber findet, wie das, in dem die Verdünnung vor sich geht; dies Glas, das „Reaktionsglas", ist eingeteilt in Promille resp. ¼ Promille; die Marke, bei der die Oberfläche zu stehen kommt, wenn die Farben gleich sind, gibt direkt die Albuminmenge an. Die Normalfarbe ist eine Lösung des „Reagens" in der „Verdünnungsflüssigkeit" im Verhältnis von 1:200 (Volumen). Die Vergleichung der Farbe wird in einem besonderen Gestell vorgenommen, in dem die beiden Gläser sich befinden. — Der zu untersuchende Urin, welcher neutral oder ganz schwach sauer und klar sein muß, wird mit dem gleichen Volumen einer 2 proz. NaCl-Lösung gemischt (etwa 10 ccm von jedem). Mit Hilfe einer Pipette werden 5 ccm des „Reagens" in eine gewöhnliche reine, trockene Flasche von 15—20 ccm Inhalt gegeben, hierzu werden genau 5 ccm der Urin-NaCl-Mischung hinzugefügt. Man setzt einen Kork auf die Flasche und schüttelt einige Male hin und her. Nach kurzer Zeit hat das gefällte Albumin sich zu deutlichen Flocken agglutiniert; man filtriert die Mischung durch ein gewöhnliches kleines Filter aus dünnem Filtrierpapier in ein Reagenzglas. In die mit einer Skala versehene Röhre gießt man „Ver-

dünnungsflüssigkeit" bis etwas unter die Zahl 5 und in die andere Röhre „Normalflüssigkeit" in etwas größerer Menge; die Röhren werden dann in das Stativ gesetzt. Mit der Kapillarpipette saugt man nun genau 50 ccm des Filtrats auf und mischt sie dann sorgfältig mit der Verdünnungsflüssigkeit. Man vergleicht nun die Farbe der Mischung mit der Farbe der Normalflüssigkeit in der anderen Röhre; ist die Farbe der Mischung kräftiger als die Normalfarbe, so verdünnt man mit Hilfe der Verdünnungsflüssigkeit und eines Tropfenzählers, bis die Farben genau gleich sind. Sollte die Farbe schon von Anfang schwächer als die Normalfarbe sein (dies ist der Fall, wenn der Urin mehr als 10 Promille Albumin enthält), so muß man den Urin stärker mit NaCl verdünnen, z. B. im Verhältnis 1:3, und mit dieser Mischung die Bestimmung von neuem vornehmen. — Verf. überzeugte sich durch vergleichende Bestimmung mit der Gewichtsanalyse von der Genauigkeit der Methode. (Der für die Methode erforderliche Apparat und die zugehörigen Reagentien sind bei Dr. G. Grübler & Co., Leipzig, zu beziehen.) R. L.

Therapeutisch-technische Miscellen.

Dr. **Scheuer** (Aleppo): **Kleine technisch-therapeutische Bemerkungen.** (Therapeut. Monatshefte, Oktober 1912.)

Verfassers Bemerkungen beziehen sich auf gewisse Rückständigkeiten im Betriebe mancher ärztlichen Praxis. Vielfach, sagt er z. B., riecht das Sprechzimmer noch nach Jodoform. Vioform ist nicht allein geruchlos, sondern dem Konkurenten auch ebenbürtig, gegen tuberkulöse Eiterungen ihm aber überlegen. Vioformgaze gibt es auch.

Vielfach stehen noch Pinsel in Verwendung. Die Pinsel können aber immer von Watte ersetzt werden, die nach dem Gebrauche von dem Draht abgebrannt wird.

Zungenspatel sind noch vielfach aus Metall. 1000 Spatel aus Holz kosten 80 Pf. Nach dem Gebrauch werden sie jedesmal vernichtet.

Jodtinktur wird vielfach nur aus der Ferne verehrt. In der kleinen Chirurgie, bei Verbrennungen, ist sie aber vorzüglich brauchbar, von größeren Zwecken gar nicht zu reden. Im Geburtsbesteck sollte sie auch vorhanden sein. Die oft dringend schnell verlangte Hand des Arztes braucht nicht gewaschen zu werden, wenn sie mit Jodanstrich versehen ist.

Die Ränder der Flaschen antiseptischen Inhalts werden selten verdeckt gehalten. Ihr Infizieren ist unvermeidlich.

Zum Schluß hebt Verf. rügend hervor, daß vielfach die gedankenlose symptomatische Behandlung geübt wird. Wie soll denn da, fragt er, die Berufsbefriedigung eintreten, die Praxis wachsen? Wer so handelt, hat kein Recht zu klagen. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Dezember 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Demonstration der elektrischen Narkose.

Herr **Nagelschmidt** hat einen an jedem Multostaten anbringbaren Apparat angegeben, der einen hineingeschickten Gleichstrom in eine besondere Art von Wechselströmen umzuformen gestattet. Die Intensitätskurven dieser Wechselströme sind nämlich keine Wellenlinien, sondern annähernd durch eine Zinnenkontur wiederzugeben. Spannung und Stromstärke sind regulierbar. Ein solcher Strom ruft bei genügender Stärke vollständige Anästhesie in dem an die Elektrode angrenzenden Bezirk hervor. Bei Applikation am Gehirn wird auf diese Weise tiefe Narkose erzeugt, was Vortr. an einem Kaninchen demonstriert.

Diskussion:

Herr **Max Cohn** erinnert daran, daß Leduc mit intermittierendem Gleichstrom bereits vor Jahren Tiere scheinbar narkotisiert hat, was nach seiner Ansicht auf einem Krampfzustand der gesamten Körpermuskulatur beruht, wodurch die Tiere an Abwehrbewegungen verhindert werden. Tuffier hat diesen Strom auch zu Anästhesierungszwecken benutzt.

Herr **Nagelschmidt** betont demgegenüber den prinzipiellen Unterschied seiner neuen von den Leducschen Strömen.

Vorstellung eines Mannes mit Gynäkomastie.

Herr **A. Leppmann:** Das vorgeführte Individuum hat bei sonst durchaus männlicher Entwicklung weibliche Brustdrüsen. Bezüglich des Sexualempfindens keine Abnormität. L. betrachtet die Anomalie als ein Degenerationszeichen. Der Vater des Vorgestellten leidet an Anfällen von Bewußtlosigkeit. Es handelt sich in dem demonstrierten Falle um ein Unikum.

Tagesordnung:

Zur Trockenbehandlung des Vaginal- und Uteruskatarrhs mittels Tryen.

Herr **Abel** (Berlin): Die Trockenbehandlung des Vaginal- und Uteruskatarrhs hat sich, besonders durch die Arbeiten von Nassauer (München), immer mehr in die Praxis eingeführt. Die mit der Bolus alba erreichten Resultate genügten A. nicht und er empfiehlt deshalb das „Tryen", welches eine außerordentlich starke baktericide Kraft hat. Es ist ein Jodbenzolderivat, das kein Jod abspaltet und daher als „Tryen" im Urin nachgewiesen werden kann. Hierdurch kommt eine ausgiebige Tiefenwirkung zustande, ohne daß irgendwelche oberflächlichen Aetzwirkungen oder sonstige unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet wurden. Die Applikation des Mittels ist für die Praxis äußerst bequem. Es wird, je nach der Schwere des Falles, 10—20 proz. Tryengaze in die Vagina bis zum Scheidengrund eingelegt und nach 24 Stunden von der Patientin wieder herausgezogen. Diese Einlagen werden 2—3 mal wöchentlich wiederholt. Ausspülungen werden während der Behandlung überhaupt nicht gemacht. Es ist überraschend, wie schnell Besserung eintritt. Ist der Sitz des Katarrhs die Cervix uteri, so muß die Gaze bis zum inneren Muttermund und bei Endometritis bis zum Fundus vorgeschoben werden. Letzteres soll aber nicht ambulatorisch geschehen. Auch hat A. hierfür besonders sterilisierte Streifen herstellen lassen, die er jetzt auch bei Abort und in der geburtshilflichen Praxis als vollkommenen Ersatz der Jodoformgaze benutzt. Bei gonorrhoischen Erkrankungen wird die Harnröhre gleichzeitig mit Tryenstiften behandelt. Die Tiefenwirkung des Tryens hat Abel dazu geführt, bei entzündlichen Adnexerkrankungen Tryentampons in Anwendung zu bringen, die ein guter Ersatz der Ichthyol- und Thigenol- etc. Tampons sind. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Evler** hat eine Reihe biochemischer Reagenzglasversuche mit dem Tryen angestellt, die es als ein mächtiges antifermentatives Agens erscheinen lassen. Im Eiter verhindert es den Abbau des Eiweißmoleküls und schützt dadurch den Organismus vor der Ueberschwemmung mit den dadurch entstehenden giftigen Produkten (Erhaltenbleiben der Farfurolreaktion, Ausbleiben der Biuretreaktion bei Anwendung der osmotischen Methode Abderhaldens usw.).

Herr **Liepmann** weist auf den Unterschied der von Nassauer (München) und ihm geübten Trockenbehandlung der Vagina mit Bolus beziehungsweise Lenicet einerseits und der von Abel vorgeschlagenen Behandlung mit Tryengaze andererseits hin. Die einjährige Erfahrung des Vortragenden genüge noch nicht zur Bildung eines endgültigen Urteils; ein Fluor sei erst als geheilt zu betrachten, wenn er es drei Jahre geblieben sei, also müßten noch weitere Versuche angestellt werden.

Herr **Benno Lewy** bestätigt auf Grund seiner — allerdings nicht umfangreichen — Erfahrungen in der allgemeinen Praxis die Angaben Abels.

Herr **Albert Citron** hat das Tryen in der urologischen Männerpraxis angewendet. Es wirkt nach ihm sekretionsbeschränkend, ohne die Schleimhaut zu reizen. Zu Injektionen und Spülungen verwandte er 3- bis 5 proz. Lösungen; zu Instillationen eine Konzentration von 10 pCt. Behandlungsobjekte waren akute und chronische Urethritiden sowie Cystitiden verschiedener Art. In einigen Fällen von hartnäckiger postgonorrhoischer Urethritis wurde mit wenigen Instillationen rasche Heilung erzielt. Ein abschließendes Urteil ist natürlich bei der Kürze der Zeit noch nicht möglich.

Herr **Abel** (Schlußwort) betont nochmals, daß er niemals Aetzwirkungen von dem Mittel gesehen hat.

Chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit.

Herr **Arthur Schlesinger:** Die dem Vortrage zugrundeliegenden Erfahrungen sind an 20 Fällen gewonnen, von denen ca. 50 pCt. schwer waren. In der Mehrzahl der Fälle wurde einseitig operiert; zweimal wurde noch ein Stück der anderen Schilddrüsenhälfte mit fortgenommen, einmal ein Mittellappen entfernt. Von den 20 Fällen endete keiner letal; 3 sind geheilt, 4 beinahe geheilt, 8 wesentlich gebessert, 3 ein halbes Jahr nach der Operation erheblich gebessert. 2 Fälle rezidivierten, in einem derselben ging jedoch das Rezidiv auf interne Arsenbehandlung wieder zurück. Die Operationen wurden unter Lokalanästhesie ausgeführt. Vortr. berichtet genauer über drei seiner Operierten, deren Krankengeschichten Besonderheiten aufweisen. In dem ersten handelte es sich um einen Morbus Basedowii mit psychotischen Symptomen maniakalischen Charakters; Halbseitenexstirpation der Thyreoidea brachte Heilung. Der zweite Fall betraf ein Kind mit kongenitalem Schilddrüsenmittellappen, bei dem sich sekundär der Basedow entwickelt hatte; Exstirpation des vergrößerten Mittellappens brachte die Symptome zum Rückgang. Der dritte Fall war ein typischer Basedow mit äußerst schweren Symptomen; er wurde zunächst durch Exstirpation der einen Drüsenhälfte und eines Teiles der anderen gebessert, doch zeigte sich nach 2½ Jahren Myxödem mit Tetanie, Symptome, die sich binnen einem halben Jahre entwickelt hatten. Verabreichung von Schilddrüsentabletten beseitigte die Myxödemsymptome beinahe ganz. — Im Anschluß daran bespricht Sch. noch einige damit zusammenhängende Fragen: Thymuspersistenz hat er in seinen Fällen nie beobachtet. Schwere postoperative Erscheinungen beruhen wahrscheinlich auf schneller

Resorption von Schilddrüsensubstanz von den Wundflächen aus. Da man öfters postoperative Atrophie von Teilen des Drüsenrestes beobachtet, so wird man immer erst längere Zeit abwarten, ehe man zu einer Wiederholung des Eingriffs rät. Bezüglich der Frage: interne Behandlung oder chirurgische Operation bei Morbus Basedowii, steht Vortr. auf einer mittleren Linie.

Diskussion:

Herr **O. Hildebrand** berichtet über seine Erfahrungen an 200 Fällen, die recht günstig sind. Während er noch vor einigen Jahren eine Mortalität von 4 bis 5 pCt. hatte, hat er jetzt nur noch 2 pCt. Verluste. Zu lange soll man mit der Operation nicht warten. Innere Therapie ist vorher aber zu versuchen.

Herr **Roeder** hat unter 6 operierten Fällen einen Todesfall; auch er empfiehlt nur nach vergeblicher interner Behandlung zu operieren.

IV. Bücherschau.

Der Kopfschmerz. Seine verschiedenen Formen, ihr Wesen, ihre Erkennung und Behandlung. Eine theoretische und praktische Anleitung für Aerzte und Studierende von Dr. **Siegmund Auerbach**, Vorstand der Poliklinik für Nervenkranke zu Frankfurt a. M. Berlin 1912, Verlag von Julius Springer. 132 S. 3,60 M. (geb. 4,20 M.).

Die vorliegende monographische Bearbeitung des Kopfschmerzes als Krankheitssymptom und als selbständiges Leiden stellt eine Leistung dar, für die man dem Verfasser alle Anerkennung zollen muß. Der Autor beherrscht nicht nur auf Grund ausgedehnter Erfahrungen das Gebiet nach allen Richtungen; er besitzt auch die Gabe, in abgerundeter, klarer, gut disponierter Darstellung seine Beobachtungen zusammenzufassen. — Nach einer allgemeinen theoretischen Einleitung gibt Verf. zunächst eine Anleitung zur Untersuchung und Diagnosenstellung bei Kopfschmerz; darauf folgt im speziellen Teil die Schilderung der einzelnen Kopfschmerzarten. Verf. bespricht zuerst die selbständigen Formen des Kopfschmerzes; er rechnet dazu den Migränekopfschmerz, den neurasthenischen (Ermüdungs-) Kopfschmerz und den Knötchen- oder Schwielenkopfschmerz (rheumatischen Kopfschmerz). Darauf werden die Kopfschmerzen bei Erkrankungen anderer Organe (Gehirn, Nervensystem, Sinnesorgane, Magen-Darmkanal, Nierenkrankheiten), zum Schluß der Kopfschmerz bei Allgemeinkrankheiten (Infektionskrankheiten, akuten und chronischen Vergiftungen, konstitutionellen Krankheiten) abgehandelt. Zum Schluß zeigt Verf. an einigen Fällen, wie verschiedene Kopfschmerzformen kombiniert auftreten können. Ueberall betont Verf. die Wichtigkeit einer präzisen Diagnosenstellung als Grundlage einer rationellen Behandlung, welch letztere er ebenfalls sehr eingehend bespricht. Die Literatur berücksichtigt Verf. soweit erforderlich und in durchaus kritischer Weise; in dem ausführlichen Kapitel über den Knötchenkopfschmerz nimmt er u. a. Stellung zu einigen neueren, denselben Gegenstand behandelnden Arbeiten und weist die darin sich findenden Behauptungen als unwissenschaftliche Hypothesen rein spekulativen Charakters zurück. — Wir können das Studium dieser Monographie allen Kollegen warm empfehlen; sie bietet auf verhältnismäßig knappem Raum reiche Belehrung. R. L.

Lautbildung und Sprachstörungen mit Berücksichtigung der Stimmhygiene. Von Dr. **Nadoleczny** (München). Der Arzt als Erzieher, Heft 35. München 1912, Verlag Gmelin in München. Preis 1 M.

Die Arbeit will in den Kreisen der Lehrer und Erzieher, sowie der Aerzte die Kenntnis der kindlichen Sprachgebrechen verbreiten und zur sachgemäßen Behandlung dieser sozial so wichtigen Gebrechen beitragen. R.

Die Gesundheitskontrolle durch den Organsinn. Für Gebildete verständlich dargestellt von Privatdozent Dr. **Anton Brosch**, k. k. Stabsarzt, unter Mitwirkung von Dr. Otto von Aufschnaiter. Zweite, vermehrte Auflage. Leipzig und Wien 1912, Franz Deuticke. 67 S. 2 M.

Vorliegende Schrift enthält vielfach die gleichen Gedanken wie die von der gleichen Autorenfirma kürzlich herausgegebene und in No. 33 (S. 441) des vorigen Jahrganges besprochene Schrift über das subaquale Innenbad. Darnach überwiegt bei jedem Menschen in der Jugendperiode das Muskelgefühl, in der zweiten Hälfte des Lebens tritt dieses zurück und das „Unterleibsgefühl" nimmt jetzt die dominierende Stellung ein. Dieses Unterleibsgefühl ist die Folge des durch chronische Ueberfüllung und Stauung im Dickdarm hervorgerufenen Darmdrucks, der auf die Nachbarorgane, ferner auf die Atmung, den Kreislauf usw. störend einwirkt und dadurch zu Krankheitserscheinungen mannigfacher Art führt. Abgesehen von diesen mechanischen Wirkungen des Darmdrucks kommt es auch zu Erscheinungen der Selbstvergiftung durch die in dem stagnierenden Darminhalt entstehenden Zersetzungsprodukte; besonders das Nervensystem und die Psyche werden hierdurch geschädigt. Einen sicheren Schutz gegen diese Störungen soll nun die regelmäßige Reinigung des Dickdarms durch das subaquale Innenbad, den Enterocleaner, gewähren. Die betreffende Apparatur wird in der vorliegenden Schrift ausführlich beschrieben, auch werden genaue Anweisungen betreffs der Technik dieser Darmspülungen gegeben.

Die Formulae Magistrales Berolinenses und verwandte Galenika in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Von Dr. **Engelen**, Chefarzt am Marienhospital in Düsseldorf, und Dr. **Focke**, prakt. Arzt in Düsseldorf. München 1912, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 69 S.

Die Formulae magistrales Berolinenses sind eine Sammlung von bewährten Arzneiverordnungen, welche sich durch Billigkeit auszeichnen und daher in erster Linie für die Armen- und Kassenpraxis sich eignen, aber natürlich auch in der Privatpraxis mit Nutzen Verwendung finden können. Ursprünglich aus der Pharmacopoea pauperum von Hufeland hervorgegangen, werden sie fortdauernd neu bearbeitet, so daß auch moderne Präparate, soweit es ihr Preis zuläßt, bei der Aufstellung der Magistralformeln Verwertung finden. Die vorliegende kleine Schrift stellt eine Art Kommentar der Berliner Magistralformeln dar; die Verfasser erläutern auf Grund der Zusammensetzung der einzelnen Verordnungen ihre pharmakodynamischen Eigenschaften und leiten daraus die Indikationen der einzelnen Mittel her. Die Schrift wird besonders von den jüngeren Kollegen mit Nutzen gebraucht werden. Sie will der gedankenlosen Verwendung der Magistralformeln entgegenwirken und leitet auch dazu an, dieselben nach den individuellen Erfordernissen des Einzelfalles zweckmäßig zu modifizieren. Uebrigens haben sich die Verfasser nicht streng auf die Magistralformeln beschränkt, sondern überall auch die bewährtesten verwandten älteren und modernen offizinellen und nichtoffizinellen einfachen Medikamente mit erwähnt. Die Verwendbarkeit des Büchleins wird dadurch noch erhöht, daß es mit Schreibpapier durchschossen geliefert wird; der Benutzer ist also in der Lage, aus der Zeitschriftenliteratur oder anderen Quellen nach Wunsch und Bedarf handschriftliche Zusätze einzutragen. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der in No. 50 des vorigen Jahrgangs (S. 661) erwähnte **Erlaß** des preußischen Medizinalministers über die **Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine** hat, wie vorauszusehen, in der Kollegenschaft eine gewisse Erregung erzeugt und zu lebhaften Erörterungen in der Fachpresse Veranlassung gegeben. Daß das Vorgehen des Ministers von ärztlicher Seite als ein verwaltungstechnischer Mißgriff empfunden werden würde, war ja zu erwarten, bemerkenswert muß aber erscheinen, daß der Erlaß bisher auch unter den Juristen keinen Verteidiger gefunden hat und daß selbst seine Rechtsgültigkeit von hervorragenden juristischen Fachmännern bestritten wird. In letzterem Sinne hat sich in einer ausführlichen Darlegung Reichsgerichtsrat Ebermayer in einer der letzten Nummern der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" geäußert, und der ordentliche Professor der Jurisprudenz in Berlin Geh. Justizrat Prof. Dr. Hellwig hat sich ihm in einer kurzen Zuschrift an die Redaktion der „D. med. Wochenschr." vollinhaltlich angeschlossen. — Unter diesen Umständen dürfte sich der Minister wohl zur Zurückziehung seines Erlasses genötigt sehen.

Frankfurt a. M. Die Petition des hiesigen **Aerztlichen Vereins** an den Magistrat um Subventionierung der auch in der dritten Verpflegungsklasse freie Arztwahl gewährenden **Privatkrankenanstalten** ist abschlägig beschieden worden (vergl. vor. Jahrg. No. 40, S. 534).

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der bekannte Neurologe Prof. Dr. H. Oppenheim ist von der Società Italiana di Neurologia in Rom zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

Halle a. S. Der **Streik der hiesigen Medizinstudierenden** hat mit einem Siege der „Klinikerschaft" geendet, da der Unterrichtsminister deren Wünsche für berechtigt erklärt und die Fakultät angewiesen hat, künftig in diesem Sinne zu verfahren. Darnach werden also Ausländer mit Ausnahme der gegenwärtig schon zugelassenen älteren Semester von jetzt ab auf allen preußischen Universitäten das Tentamen physicum ablegen oder den Nachweis der Absolvierung eines gleichwertigen Examens im Auslande zu erbringen haben, falls sie zum „Praktizieren" an den Universitätskliniken zugelassen werden wollen. — Der leidige Streitfall dürfte ja nun nach Erledigung noch einiger Formalitäten bald zur Zufriedenheit aller Beteiligten vorläufig geschlichtet sein, ob aber damit ein

dauerndes gutes Verhältnis zwischen Professoren und Studierenden hergestellt sein wird, bleibt abzuwarten, denn die eigentliche Ursache des Konflikts ist ja gar nicht in der Ausländerfrage, sondern in der bedrohlichen Ueberfüllung der deutschen Universitäten mit Medizinern zu suchen, der gegenüber die Fakultäten mangels ausreichenden Lehrmaterials ihren didaktischen Aufgaben offenbar nicht mehr vollkommen gewachsen sind.

Breslau. Der Ordinarius der pathologischen Anatomie Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ponfick tritt am 1. April d. J. vom Lehramt zurück. Der verdiente Gelehrte steht jetzt im 69. Lebensjahre.

Düsseldorf. Dem Dozenten an der Akademie für praktische Medizin Oberstabsarzt Dr. Ernst Graf ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

— Den Dozenten und Oberärzten an der Akademie für praktische Medizin Dr. Peter Janssen (chirurgische Klinik), Dr. St. Engel (Kinderklinik) und Dr. Reinhard v. d. Velden (innere Medizin und Pharmakologie) ist der Professortitel verliehen worden.

Würzburg. Frl. Valentine Gros ist als etatsmäßige Präparatorin beim Anatomischen Universitätsinstitut angestellt worden.

Heidelberg. Dr. Kurt Elze hat sich für Anatomie habilitiert.

Prag. Dr. Viktor Guttmann hat sich an der tschechischen Universität für Rhinolaryngologie habilitiert.

Budapest. Den Privatdozenten Dr. L. Blaskowitsch (Augenheilkunde) und Dr. S. Gerloczy (Infektionskrankheiten) ist der Titel „außerordentlicher Professor" verliehen worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der **Deutsche Verein für Versicherungswissenschaft** hielt am 13. und 14. Dezember v. J. hierselbst unter dem Vorsitz von Prof. Florschütz (Gotha) seine Jahresversammlung ab. Stabsarzt Dr. Frick, Oberarzt an der ersten medizinischen Klinik der Charité, hielt einen Vortrag über „Albuminurie und Lebensversicherung", in dem er dafür eintrat, daß die reinen Formen orthotischer und lordotischer Albuminurie künftig keinen Ausschließungsgrund für die Lebensversicherung darstellen sollten.

Breslau. Am 6. und 7. Dezember wurde hier der 41. **Schlesische Bädertag** unter Vorsitz des Badedirektors Dr. phil. Büttner (Bad Salzbrunn) abgehalten. Von hygienischen und medizinischen Themen wurde behandelt: Die staatliche Desinfektionsordnung und ihre Brauchbarkeit für den Anstalts-, Hotel- usw. Betrieb (Siebelt [Flinsberg]); Keimgehalt der Mineralwässer (Wagner [Salzbrunn]); Die Ueberwachung des Milchverkehrs in Kurorten (Tierarzt Dr. Standfuss [Reinerz]); Allerlei Beachtenswertes bei Ausführung von Neubauten (Bürgermeister Dr. jur. Göbel [Reinerz]); Katarrhreste der oberen Luftwege und ihre Behandlung (Kelbling [Salzbrunn]); Ueber Aufsicht und Pflege der Kinder in Kurorten während der Schulferien (Lachmann [Landeck]); Ueber die Wirkung der Inhalationen (Maschinsky [Salzbrunn]); Ueber die physikalische Behandlung der Herzneurose (Marcuse [Kudowa]).

Wien. Der **2. Internationale Kongreß für Rettungswesen und Unfallverhütung** wird hier vom 9.—13. Septbr. 1913 stattfinden. Als besondere Abteilungen sind aufgestellt: Eine ärztliche Hilfe bei Unglücksfällen — Ausbildung von Nichtärzten in der ersten Hilfe (Samariterunterricht) — Rettungswesen in Städten und auf dem flachen Lande — Rettungswesen im Reiseverkehr (Eisenbahn-, Automobilverkehr usw.) — Rettungswesen auf See und an Binnen- und Küstengewässern — Rettungswesen in Bergwerken und verwandten Betrieben — Rettungswesen bei der Feuerwehr — Rettungswesen im Gebirge — Rettungswesen und Sport — Unfallverhütung. Anmeldungen von Vorträgen bis zum März 1913 an den Generalsekretär des Kongresses, K. Rat Dr. H. Charas, Radetzkystraße 1.

Gerichtliches.

Leipzig. In dem Bocholter **Krankenkassenstreit** ist kürzlich wieder ein Reichsgerichtsurteil ergangen. Der praktische Arzt Dr. G. in Berlin hatte sich gegenüber dem Krankenkassenverband der Stadt Bocholt nach Ausbruch des Kampfes verpflichtet, gegen ein festes Jahresgehalt von 10 000 M. auf die Dauer von acht Jahren in Bocholt als Kassenarzt tätig zu sein. Dr. G. hat jedoch schließlich die Stelle nicht angetreten. Der Krankenkassenverband verlangte deshalb Zahlung der für diesen Fall vereinbarten Vertragsstrafe von 12 000 M. Der Beklagte machte u. a. geltend, er habe einen wichtigen Grund zur fristlosen Kündigung des Vertrages gehabt, da er sich dem Leipziger Verbande durch Ehrenwort verpflichtet hätte, dem Verband nicht in den Rücken zu fallen. Das Landgericht und Kammergericht in Berlin hatten zugunsten des Krankenkassenverbandes entschieden; der Klageanspruch wurde dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Reichsgericht bestätigte am 17. Dezember v. J. das Urteil des Kammergerichts.

Mainz. Ein Heilgehilfe R. wurde kürzlich von der hiesigen Strafkammer wegen **fahrlässiger Körperverletzung**, begangen durch fehlerhafte Behandlung einer Schulterverletzung, zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Anläßlich des 10 jährigen Bestehens der „staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel" im Kaiserin-Friedrich-Hause für das ärztliche Fortbildungswesen ist von dem Bildhauer Ernst Deitenbeck in Berlin, dem Schöpfer der Althoff-Plakette (vergl. Allg. Med. Central-Ztg., 1912, No. 51, S. 674) auch eine **Waldeyer-Plakette** hergestellt und der genannten Sammlung einverleibt worden.

— Der Senat der **Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft** hielt am 18. Dezember v. J. eine Sitzung ab, in welcher der Plan der Errichtung eines Kaiser-Wilhelm-Instituts für Arbeitsphysiologie endgültig genehmigt wurde. Es soll dem Physiologischen Institut der Berliner Universität angegliedert und der Oberleitung des Ordinarius der Physiologie Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Rubner unterstellt werden. — Außerdem wurde über den Plan eines großen Forschungsinstituts für experimentelle Biologie beraten und der vorgelegte vorläufige Entwurf zur weiteren Durcharbeitung dem Verwaltungsausschuß überwiesen.

— Das **Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen** wird für die Zeit vom 20. bis 26. Januar 1913 eine Reise zum Studium von Winterkurorten und dem Wintersport nach dem Harz und Thüringen veranstalten. Die Reise beginnt in Halle am 20. Januar. In Aussicht genommen ist der Besuch von Schierke, Braunlage, Lauterberg, Andreasberg, Sülzhayn, Nordhausen und Oberhof. Meldungen werden möglichst bald an das Bureau des Deutschen Zentralkomitees, Berlin W. 9, Potsdamer Straße 134 b, erbeten, da die Teilnehmerzahl nur eine beschränkte sein kann. Preis ca. 100 M.

— Der **Verein Deutscher Laryngologen** hat an die zuständigen Behörden, Verwaltungsstellen und Anstaltsdirektoren die Bitte gerichtet, dahin zu wirken, daß der Behandlung der oberen Luftwege bei **Bekämpfung der Tuberkulose** eine besondere Fürsorge zuteil werden möge. Der Verein faßt seine Wünsche in folgenden vier Leitsätzen zusammen:

1. Bei den auf Kosten der Alters- und Invaliden-Versicherungsanstalten, Krankenkassen und ähnlicher Anstalten behandelten Lungenschwindsüchtigen möge eine nicht zu schwere Kehlkopferkrankung nicht mehr als Grund betrachtet werden, die Kranken von der Heilstättenfürsorge auszuschließen.

In den amtlichen Berichten möge der Kehlkopftuberkulose eine besondere Darstellung zuteil werden.

2. In Heilstätten, Fürsorgeanstalten und sonstigen der Bekämpfung der Tuberkulose gewidmeten Anstalten muß der Zustand der oberen Luftwege eine besondere Beachtung finden. Insbesondere ist dies dadurch zu erreichen, daß Kehlkopfärzte als beratende Aerzte angestellt werden, damit die notwendige Erkennung und Behandlung tuberkulöser und nichttuberkulöser Affektionen der oberen Luftwege gesichert werde.

3. In den Kinderheilstätten, besonders in solchen, die in Badeorten und Seebädern gelegen sind, ist fortlaufend, namentlich aber schon beim Eintritt, eine Untersuchung und Behandlung der oberen Luftwege erforderlich, damit die Wirkung der kurgemäßen Heilfaktoren erfolgreich gestaltet wird.

4. Bei der Behandlung und Bekämpfung des Lupus hat in den dazu bestimmten Anstalten durch Hinzuziehen von Fachärzten frühzeitig eine geeignete Nasenbehandlung einzutreten.

Frankfurt a. M. Der Vorstand der Manfred Bernhard **Schiffschen Stipendienstiftung** hat das Stipendium für das Jahr 1913 in der Höhe von 1000 M. Herrn Walter Griesbach, Volontärassistenten am hiesigen chemisch-physiologischen Institute, verliehen. Das Stipendium ist für Forschung auf dem Gebiete der Leberbiologie und -pathologie bestimmt.

Hamburg. **Fortbildungskurse für Kandidaten der Medizin** werden wiederum in der Zeit vom 3. bis 19. März 1913 im Allgemeinen Krankenhause Eppendorf zu Hamburg stattfinden. Es können auch Aerzte und Medizinalpraktikanten an den Kursen teilnehmen. Die Kurse haben zum Ziele, während der Frühjahrs- und Herbstferien Kandidaten der Medizin ein großes Krankenmaterial übersichtlich zur Darstellung zu bringen und hierdurch eine Ergänzung des bestehenden Universitätsunterrichtes zu bieten. Gleichzeitig wird den Teilnehmern Gelegenheit gegeben, wichtige, durch Hamburgs Eigenart bedingte Einrichtungen kennen zu lernen. Ausführliche Programme versendet kostenfrei das Bureau des ärztlichen Direktors des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf zu Hamburg.

Nürnberg. Neben den seit mehreren Jahren hier amtierenden 15 Schulärzten wird jetzt ein **Schularzt im Hauptamt** angestellt. Außerdem wird eine Schulschwester angestellt, die die häuslichen Verhältnisse der Kinder kennen lernen und kranke Kinder zur Behandlung bringen soll.

Wien. Das Projekt des Philanthropen Dr. Karl Kupelwieser, auf dem Semmering ein **Tuberkuloseheim** zu errichten, ist jetzt endgültig gescheitert, indem die niederösterreichische Statthalterei als Sanitätsbehörde dem zwei Jahre hindurch fortgesetzten Widerstande der Semmering-Interessenten nachgegeben hat, die von einer derartigen Anstalt bei der heutzutage so verbreiteten Furcht, durch Tuberkulose infiziert zu werden, eine ernste Beeinträchtigung ihres wirtschaftlichen Gedeihens fürchteten.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Königl. Krone zum Roten Adler-Orden 4. Kl.: Marinestabsarzt Dr. B. Bilfinger von der Marinestation der Ostsee.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Marineoberstabsarzt a. D. Dr. K. Rechenbach in Gerswalde, Kreis Templin, bisher von der Marinestation der Ostsee.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Ordentl. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. A. Passow in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Ordentl. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Pfeiffer in Breslau und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Loeffler in Greifswald.

Charakter als Kaiserl. Sanitätsrat: Dr. G. Kreitz, früher in Rheinau, jetzt in Freiburg i. Br.

In den Ruhestand getreten: Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Risel in Halle a. S.

Versetzt: Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz aus dem Kreisarztbezirk Saalkreis in den Kreisarztbezirk Stadtkreis Halle a. S. unter Beibehaltung des Amtssitzes in Halle a. S.; Kreisarzt Dr. Bundt aus Querfurt in den Kreisarztbezirk Saalkreis mit dem Amtssitz in Halle a. S.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. R. Wackers in Marienburg (Westpr.) zum Kreisarzt in Grevenbroich, Kreisassistenzarzt Dr. E. Rapmund in Marburg zum Kreisarzt in Querfurth, Dr. M. Doellner in Vallendar a. Rh. zum Kreisassistenzarzt in Marburg.

Bayern.

Die bisherige vereinigte Landgerichts- und Bezirksarztstelle in Frankenthal ist aufgehoben und durch eine Landgerichtsarztstelle und eine Bezirksarztstelle ersetzt worden.

Ernannt wurden zu deren Inhabern: Der bisherige Inhaber der vereinigten Stellen Dr. Isidor Dreyfuss zum Bezirksarzt in Frankenthal und Dr. Richard Frantz in Grünstadt zum Landgerichtsarzt in Frankenthal.

In den Ruhestand versetzt: Landgerichtsarzt Dr. F. Schalkhausser in Augsburg unter Verleihung von Titel und Rang eines Medizinalrates.

Niedergelassen: Priv.-Doz. Dr. W. Spielmeyer in München, Dr. Th. Kostelezky als Oberarzt der Volks-Heilstätte in Krailling, Dr. R. Einhauser in Langquaid, P. Stuhl in Aub.

Verzogen: Dr. A. Limmer von Hausham nach Lindau, Dr. Erwin Beck von Langquaid nach Mengen in Württemberg, Dr. E. Bayr von Amberg nach Wemding.

Ernannt: Der bezirksärztl. Stellvertreter Dr. Ritter in Aub zum Bezirksarzt in Oberviechtach.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. O. Pachmayr in München, Dr. O. Stadler in Simbach bei Landau a. I., Dr. L. Hartle in München.

Württemberg.

Verzogen: Dr. A. Kleebank von Michelbach a. Lücke, Dr. G. Holzapfel von Schwenningen nach Vaihingen, K. Scheiffele von Vaihingen.

Baden.

Auszeichnung: Der Titel als außerordentlicher Professor: Priv.-Doz. Dr. Gauss in Freiburg i. Br.

Hessen.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Ober-Medizinalrat: Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Heyl in Darmstadt, pharmaceutisches Mitglied in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministerium des Innern.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Med.-Räten Kreisarzt Dr. Haberkorn in Gießen, Dr. Groedel in Bad Nauheim, Dr. Bieberbach, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Heppenheim, und Dr. Reisinger, Direktor des Rochushospitals in Mainz.

Charakter als Medizinalrat: Außerordentlicher Professor und Leiter der Hebammenlehranstalt Dr. Walther in Gießen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Rouge in Hungen.

Oldenburg.

Niedergelassen: Dr. P. Neumann in Idar.

Verzogen: Dr. F. Martin von Idar nach Thalfang.

Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Medizinalrat: Prof. Dr. Sarvey in Rostock.

Charakter als Ober-Medizinalrat: Med.-Rat Dr. Willemer in Ludwigslust.

Sachsen-Weimar.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Seidel in Jena.

Sachsen-Meiningen.

Niedergelassen: Dr. Wieber in Meiningen.

Sachsen-Altenburg.

Niedergelassen: Dr. Papendieck in Tannenfeld b. Nöbdenitz, Dr. Kleinwächter in Schmölln.

Herzogtum Gotha.

Niedergelassen: San.-Rat Dr. Steubing in Gotha (bisher in Großengottern).

Verzogen: Dr. R. Meyer von Oberhof.

Bremen.

Niedergelassen: Dr. H. H. Früchtnicht in Sebaldsbrück.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große“ Cavetetafel in „Aerzt. Mitt.“ oder „Aerztl. Vereinsbl.“

Kontroll- oder **Vertrauensarztstellen** für **Krankenkassen-Verbände** jeder Art im ganzen Reiche.

Auskunft durch das Generalsekretariat.

Verband z. W. d. Int. d. Deutschen **Betriebs-K.K.** (Rh.-Westf-B.-K.-K.-V.) Essen-Ruhr

Buenos-Aires, Argentin.
Aachen
Adolfshütte siehe Crosta
Annweiler i. Pfalz
Arys, O.-Pr.
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Betriebs-K.-K.-V., s. ob.
Bocholt i. Westf.
Böhmenkirch i. Wttbg.
Breithardt, Hess.-Nass.
Bremen
Breslau
Burbach i. W.
Burladingen, Hohenzoll.
Canth, Bez. Breslau
Crosta-Adolfshütte
Dülken, Rheinland.
Düsseldorf
Eberswalde i. Brdbg.
Ehingen, Wttbg.
Ehrang, Bez. Trier
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Finstingen i Lothr.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Köln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Goldap i. Ostpr.
Gönningen i. Wttbg.
Greiffenberg, Uckerm.
Gröha i. Sa.
Großharthau-Goldbach i. Sa.
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Halberstadt
Halle a. S.
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Häselrieth b. Hildburgh.
Herbrechtingen i. Wttbg.
Herne i. W.
Hohen-Neuendorf a. Nordbahn
Kaufmänn. Kr.-K. für Rheinl. u Westf.
Kassel-Rothenditmold
Kettwig, Ruhr
Kirchberg, Jagst
Kork, Baden
Köln-Deutz
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Kupferhammer b. Ebersw.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Mömlingen, Unt.-Frk.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Nackenheim i. Rheinh.
Neustadt, Wied
Neustettin i Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Oberehnheim, U.-Els.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ochsenwärder b. Hambg.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. d. Mark
Oedt, Rhld.
Pattensen i Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plaue i. Thür.
Plettenberg i. Westf.
Pritzerbe, Brandenbg.
Puderbach, Kreis Neuwied
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Sagan i. Schl., Eisenh.-B.-K.-K.
Schneverdingen, Hann.
Schönwald, Bayern.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schwerin a. Warthe
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stommeln, Rhld.
Straßbessenbach bei Aschaffenburg
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Köln
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang Berlin, 11. Januar 1913 No. 2

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



82. Jahrgang | Berlin, 11. Januar 1913 | No. 2

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Milderung und Verhütung der Gichtanfälle.

Von

Geh. Sanitätsrat Dr. **Konr. Küster** in Berlin.

Die Gicht kann erworben oder erblich sein. Bei der erworbenen sind Anfälle durch mäßiges und regelmäßiges Essen, durch mehr vegetarische Kost und durch verminderten Alkoholgenuß sicher hintanzuhalten. Weit ungünstiger ist die Aussicht für alle die, welche einen die Gichtanfälle begünstigenden Chemismus von ihren Vorfahren ererbt haben. Hier mildert mäßiges Leben wohl auch die Anfälle, aber diese werden trotzdem und alledem sich immer wieder bemerkbar machen. Ist man doch zu der Ueberzeugung gekommen, daß nicht von der Nahrung allein die verhängnisvolle Harnsäure stammt, sondern auch von dem inneren Stoffwechsel der Zellen.

Während man bisher die Anfälle einzig und allein durch die Ernährung und eine den Stoffwechsel verstärkenden Lebensweise zu verhüten suchte, hat Falkenstein als erster dies durch den regelmäßigen Genuß von Salzsäure zu erreichen gesucht. Er ging von der Voraussetzung aus, daß die Salzsäure als das fleischverdauende Prinzip durch die stärkere Verdauung die Bildung von Harnsäure vermindern oder gar verhüten würde und den fehlerhaften Chemismus ausgleichen könnte. Der Ueberschuß von Säure, an dem Gichtiker oft leiden, wäre durch Gärungssäuren, die Buttersäure usw., bedingt, nicht durch überschießende Salzsäure. Ich kann dies bestätigen. Ich selbst habe stets einen guten Magen gehabt, litt aber doch oft genug an Säurebildung, die durch Nehmen von Natron gedämpft wurde. Ich hatte Fleisch stets gut vertragen, ja konnte Säurebildung durch Genuß von Fleisch sehr gut beseitigen. In der Voraussetzung, einen gründlichen Mißgriff zu tun, nahm ich versuchsweise reichlich Salzsäure, 20—25 Tropfen, beim Essen. Ich war erstaunt, wie günstig dies auf den Magen einwirkte. Von überschüssiger Salzsäure merkte ich nichts, im Gegenteil, die Neigung zum Sodbrennen und das Aufgetriebensein, das ich nach dem Essen von Hülsenfrüchten hatte, verschwand vollständig. Durch die Salzsäure wurde also die abnorme Gärung verhindert. Es wurde mir auch verständlich, weshalb ich früher gerade durch Fleischgenuß die Säurebildung verminderte. Dieser vermehrte die Salzsäureabsonderung und hiermit die abnorme Gärung. Ich hatte nicht mehr nötig, Natron zu nehmen.

Nun hat S. Cohn bei Empfehlung seiner Kaliumbehandlung bei Gicht angeführt, daß sich durch das viele Natronnehmen im Körper ein unlösliches Natriumurat bilde und daß dies es wäre, das bei den Gichtanfällen an den Gelenken sich ablagere. Hiernach würde das Nehmen von Salzsäure nach zwei Richtungen hin günstig wirken, einerseits durch die bessere Verdauung des Fleisches, andererseits durch die Verminderung des Natrongenusses.

Die Wirkung der Salzsäure gegen Gichtanfälle ist bei mir unverkennbar gewesen. Ich bin erblich stark belastet und bin schon in jüngeren Jahren von schweren Gichtanfällen heimgesucht worden. Trotz aller Mäßigkeit wiederholten sich die Anfälle recht häufig. Ich vermied möglichst Bouillon, Fleisch und Alkohol, trank in Gesellschaften Wein nur mit Biliner oder Fachinger oder Selterser gemischt und nahm auch meistens früh morgens nüchtern natronhaltiges Wasser. Dagegen haben sich die Anfälle an Zahl und Stärke sehr vermindert, nachdem ich jahrelang den Genuß von Natron aufgegeben und dafür bei Tisch als Hausgetränk ein Glas Zuckerwasser mit zwölf Tropfen Salzsäure zu mir nahm. Und dieser günstige Zustand ist beigeblieben, trotzdem ich mich, übermütig ge-

worden, im Fleisch- und Alkoholgenuß nicht mehr zurückgehalten habe. Dies möchte ich freilich auf die Dauer nicht befürworten. Eine mäßige Lebensweise wird immer notwendig sein. Während ich früher das von mir vor elf Jahren[1]) in die Praxis eingeführte Colchicin Merck häufig und in größeren Gaben nehmen mußte, komme ich jetzt, sobald ich etwas Ziehen in den Gelenken verspüre, mit nur ganz wenigen Pillen aus (Colchicin Merck 0,05: 20 Pillen). Ich habe nach diesen Erfahrungen an mir selbst die Salzsäurebehandlung bei allen meinen Gichtkranken vorgenommen und habe gleichartige Erfolge erzielt.

Hiernach scheint es keinem Zweifel zu unterliegen, daß wir behufs Verminderung der Gichtanfälle bisher einen unrichtigen Weg gewandelt sind und noch wandeln. Noch immer werden natronhaltige Gewässer gegen Gicht empfohlen und Brunnenkuren verordnet. Es ist eine alte Erfahrung, daß Brunnenkuren ziemlich häufig zunächst einen Gichtanfall hervorrufen und daß man dann erst sich wohler und gichtfreier fühlt. Es ist dies nicht wunderbar. Man fühlt sich nach jedem Gichtanfall durch die erfolgte Ablagerung der angesammelten Natriumurate eine Zeitlang freier und besser und dies um so mehr, wenn man, wie bei der Brunnenkur, eine längere Zeit sich einer strengen Diät befleißigt hat. Der Ausbruch des Gichtanfalls bei der Brunnenkur erklärt sich in natürlicher Weise durch die vermehrte Einverleibung von Natron.

Nach dieser Richtung hin werden die praktischen Aerzte in ihrem Verfahren zur Verhütung von Gichtanfällen vollständig umlernen müssen.

Man hat ja zur Vermeidung von Gichtanfällen einen längeren Gebrauch von Colchicin, besonders auch von Liqueur de Laville empfohlen. Wenn ich auch nach Colchicin keine nachteiligen Folgen gesehen habe, so ist dieses doch immer ein Gift, dessen regelmäßiges Nehmen durch lange Zeit hindurch Bedenken erregen kann. Jedenfalls muß es zurückstehen, wenn man durch die natürliche und dadurch unschädliche Salzsäure und besonders durch das Vermeiden von Natron gleiche Erfolge erzielen kann.

Nur bei chronischen Gichtformen, besonders der älterer Frauen habe ich einen längeren Gebrauch von kleineren Gaben (0,03: 20 Pillen, abends eine Pille) angeordnet und dadurch einen Erfolg erzielt, der sich, seitdem ich außerdem noch Salzsäure verordne, vergrößert hat.

Treten trotzdem und alledem akute heftige Gichtanfälle ein, so steht unter der großen Zahl der jetzt eingeführten Gichtmittel das Colchicin Merck noch immer obenan. Ich habe selten ein Mittel kennen gelernt, das mit solcher Gleichmäßigkeit und Sicherheit wirkt. 1—2 Pillen 2 bis 3 Tage genommen beseitigen nicht nur die Schmerzen, sondern auch die starken Anschwellungen.

Ich habe früher in meinem bereits angezogenen Aufsatz über Gicht die Behauptung aufgestellt, daß die bedeutende Zunahme der Gicht seit etwa gut 50 Jahren durch den von L i e b i g veranlaßten stark vermehrten Fleischgenuß hervorgerufen sei. Ich muß als zweite Ursache dieser Erscheinung nun auch noch das Natron beschuldigen, das etwa zu derselben Zeit als Bullrich-Salz ein sehr beliebtes Magenmittel geworden ist.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß alle, die zur Gicht neigen, sich dieses Mittels enthalten müssen.

Ich kann diese Erörterung nicht schließen, ohne darauf aufmerksam zu machen, daß gegen Gicht im Volke vielfach eine Zitronenkur gebraucht wird und daß als Getränk recht saurer Mosel- oder Apfelwein empfohlen wird. Ich habe Erfolge hierbei kaum gesehen. Die scheinbaren und behaupteten Erfolge lassen sich unschwer darauf zurückführen, daß die sauren Getränke anstatt der natronhaltigen Gewässer eingesetzt worden sind und somit durch Verhütung der Bildung von Natriumurat Einfluß haben, aber selbst keine direkte Einwirkung ausüben.

[1]) Zur Behandlung der Gicht. Deutsche med. Wochenschrift, 1901, No. 30.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten, Neurologie und Toxikologie).

Prof. **Th. G. Janowski** (Kiew): **Zur Perkussion der Lungenspitzen bei Tuberkulose.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 44.)

Das Höherwerden des Tones bei Tuberkulose der Lungenspitzen bildet die Regel und ist fast Gesetz. Daher erheischen die Fälle, welche davon abweichen, um so größeres Interesse. In vorliegender Arbeit geht Verf. näher auf derartige Fälle ein, die zu der Annahme drängen, daß hierbei der tuberkulöse Prozeß das Gegenteil von der Regel — ein Tieferwerden des perkutorischen Tones — hervorgerufen hat. Unter den Fällen von beginnender Tuberkulose hat man nämlich bisweilen Gelegenheit, solche zu beobachten, wo an der Lungenspitze mit dem höheren Perkussionsschalle keinerlei pathologische Auskultationserscheinungen beobachtet werden, und daß letztere gerade an der anderen Lungenspitze mit dem tieferen Perkussionsschalle konstatiert werden. Auf Fälle einer derart paradoxalen Kombination der betreffenden Symptome ist Verf. schon seit langer Zeit gestoßen und ist zu dem Schluß gekommen, daß solche Fälle eigentlich gar nicht selten vorkommen. J. faßt seine Beobachtungsergebnisse wie folgt zusammen:

1. Der tuberkulöse Prozeß bewirkt bei seiner Entwicklung im Lungengewebe nicht nur ein Höherwerden des perkutorischen Tones, was natürlich am häufigsten oder die Regel ist, sondern kann auch bisweilen ein Tieferwerden des perkutorischen Tons, mit tympanitischem Charakter einhergehend, erzeugen.

2. Letzteres tritt entweder zusammen mit anderen Symptomen auf und ergänzt resp. bestätigt die Diagnose oder wird ohne sonstige Symptome beobachtet und stellt dann das einzige Zeichen der Entwicklung eines tuberkulösen Prozesses in der Lungenspitze dar.

3. Das Tieferwerden des Perkussionsschalles stellt daher, seiner Entstehungsweise nach, eines der frühesten Symptome der Lungentuberkulose dar und gewinnt somit zweifellos Bedeutung in der Diagnostik dieses Leidens. K r.

S. A. Gammeltoft (Kopenhagen): **Ueber die von Porges angegebene und von Hermann und Perutz modifizierte Syphilisreaktion.** (Deutsche med. Wochenschr. 1912, No. 41.)

H e r m a n n und P e r u t z haben eine von P o r g e s angegebene Syphilisreaktion modifiziert. Sie fanden, daß, wenn gleiche Teile einer 2 proz. Lösung von glykocholsaurem Natrium und einer alkoholischen Cholesterinsuspension mit dem zu untersuchenden inaktivierten Serum versetzt werden, man in Fällen von Lues eine Ausflockung grober Flocken erhält, die sich schließlich als Niederschlag am Boden absetzen, während das Serum vollständig klar bleibt, wenn es sich nicht um Lues handelt. Diese Probe ergab sich ihnen bei Lues um 4 pCt. häufiger positiv als die W a s s e r m a n n sche Reaktion. Verf. prüfte die Reaktion an 156 Fällen im Kopenhagener Rigshospital nach. Das erforderliche Blut wurde aus einer Armvene des Pat. durch Punktion entnommen; durch Zentrifugieren des Blutes wurde ein klares Serum gewonnen; ein geringer Grad von Hämolyse beeinträchtigt übrigens die Reaktion nicht, dagegen hat eine stärkere Hämolyse stets einen hemmenden Einfluß. Es empfiehlt sich, den Patienten das Blut morgens in nüchternem Zustande zu entnehmen, da das Serum unmittelbar nach Mahlzeiten oft durch Fetttropfen getrübt wird. Nach dem Zentrifugieren wurde das Serum durch halbstündiges Erwärmen auf 55° inaktiviert. Darauf wurde 0,4 ccm Serum, 0,2 ccm einer 2 proz. wässerigen Lösung von glykocholsaurem Natrium (Merck) und 0,2 ccm einer Cholesterinsuspension genommen, die aus einer Stammlösung von der Zusammensetzung

2 g glykocholsaures Natrium,
0,4 g Cholesterin,
100 g 95 proz. Alkohol

durch Verdünnung im Verhältnis 1:19 hergestellt war. Das Ganze wurde in Reagenzröhrchen abpipettiert und 20 Stunden unter Vermeidung jeder Erschütterung bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Die Ablesung erfolgt im Gestell selbst. Nur die Fälle wurden als positiv bezeichnet, wo eine deutliche Ausflockung, entweder als starker Niederschlag oder als große, grobe Flocken in der ganzen Flüssigkeitssäule, beobachtet wurde. — In 84 Fällen war die Reaktion nach W a s s e r m a n n und nach H e r m a n n - P e r u t z gleichzeitig negativ; in 49 Fällen waren beide Reaktionen gleichzeitig positiv. In 14 Fällen ohne Zeichen von Syphilis, in denen auf die Wa.-R. verzichtet wurde, war die H e r m a n n - P e r u t z sche Reaktion negativ; in 6 Fällen war die Wa.-R. negativ, die H.-P.sche Reaktion positiv, in 3 Fällen war die Wa.-R. positiv, die H.-P.sche Reaktion negativ. — Es scheint darnach, daß die H e r m a n n - P e r u t z sche Reaktion bei allen Fällen von Lues ebenso gute Resultate gibt wie die Wa.-R. Beide Reaktionen decken sich aber nicht ganz. Nur in einem einzigen Falle, und zwar bei einem Lebercarcinom, fiel die H e r m a n n - P e r u t z sche Reaktion positiv aus, wo weder anamnestische noch klinische Luessymptome vorlagen und die Wa.-R. negativ war.

Dr. **Julius Bauer** (Innsbruck): **Die Herzstörungen bei endemischem Kropf.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. resumiert seine Arbeit in folgenden Sätzen: Bei endemischem Kropf findet man sehr häufig einen pathologischen klinischen Herzbefund, der sich in die bisher bekannten

Formen des Kropfherzens nicht einreihen läßt. Dieser Herzbefund ist vor allem charakteristisch durch ein akzidentelles systolisches Geräusch vorwiegend über der Pulmonalis, durch einen akzentuierten zweiten Pulmonalton und eine leichte Verbreiterung der Herzdämpfung nach links. Der Spitzenstoß ist nicht verstärkt, der Puls nicht beschleunigt, auffallendere subjektive Herzbeschwerden fehlen. Dieser Herzbefund ist mit großer Wahrscheinlichkeit als thyreotoxisch aufzufassen und wird als „torpider" Typus des thyreotoxischen Kropfherzens dem Krausschen „erethischen" zur Seite gestellt. Es gibt mannigfache Uebergangsformen zwischen normalem, dysgenitalem (Chlorose, Pseudochlorose) und dysthyreotisch torpidem sowie erethischem Herzen. R. L.

Prof. Dr. **Hermann Schlesinger** (Wien): **Meine Erfahrungen über den akuten Morbus Basedowii.** (Die Therapie der Gegenwart, November 1912.)

Der akute Morbus Basedowii ist relativ selten und bietet in diagnostischer und in therapeutischer Hinsicht ein großes Interesse. Nicht selten wird dieser Krankheitsprozeß verkannt. Die meisten Fälle, die Verf. beobachtete, wurden ihm unter der Diagnose Neoplasma occultum überwiesen. Diese Verkennung rührt daher, daß mehrere Kardinalsymptome nicht auffallend entwickelt sind und daß andere, seltenere Erscheinungen sich in den Vordergrund drängen. Das auffallendste Symptom des akuten Basedow ist die Abmagerung. Es gibt nur sehr wenige Krankheiten, bei welchen eine so rasche und bedeutende Abnahme des Körpergewichts erfolgt, wie bei den akuten Formen des Morbus Gravesii. Gewichtsverluste von zehn Kilogrammen und mehr im Verlaufe eines Monats gehören keineswegs zu den seltenen Vorkommnissen. Verf. berichtet über eine Kranke, die in etwa elf Wochen reichlich zwei Drittel ihres Körpergewichtes einbüßte. Verf. rät daher dringend an, in jedem Falle von rapidem, nicht ohne weiteres erklärbarem Gewichtsverluste zuerst an die Existenz eines Basedow und dann erst an die Möglichkeit eines Neoplasmas zu denken. Ein weiteres befremdendes Symptom ist die Ausbildung eines oft mächtigen Milztumors. Daß Anschwellungen der Milz bei Basedow nicht selten sind, ist bekannt. In der Regel handelt es sich aber um ziemlich geringfügige Intumeszenzen, welche bei flüchtigerer Untersuchung entgehen können. Der Milztumor bei akutem Basedow aber drängt sich in vielen Fällen dem Untersucher geradezu durch seine Größe und Härte auf, so daß an eine beginnende Pseudoleukämie oder an Abdominaltyphus gedacht werden kann. Der Tumor lienis war in Verfassers Fällen zumeist ein Frühsymptom und fehlte nur in vereinzelten Fällen.

Fieberbewegungen sind bei den akuten Formen des Morbus Gravesii ungleich häufiger als bei den chronischen. In seltenen Fällen besteht ohne interne Komplikation eine Febris continua; bisweilen ist das Fieber von intermittierendem oder remittierendem Typus.

Recht oft, bei Verfassers Material in mehr als der Hälfte der Fälle, war das Verhalten der Schilddrüse anders als bei den chronischen Formen. Eine Anschwellung ist nicht bemerkbar; die Kontur des Halses erscheint nicht geändert, mitunter macht sogar die Thyreoidea den Eindruck, wie wenn sie verkleinert wäre. Und dennoch ist die Veränderung der Schilddrüse ausschlaggebend für die Diagnose. Auskultiert man über der Drüse, so hört man ausgesprochene Gefäßgeräusche wie bei Basedowkropf. Das Geräusch ist weich, kontinuierlich, mit rhythmischen systolischen Verstärkungen. Neben diesem gewöhnlichen kennt Verf. noch einen zweiten Typus von arteriellen auskultatorischen Phänomenen; es wird nur ein systolisches Zischen gehört, selbst wenn man unter Vermeidung jeden Druckes auskultiert, so daß eine künstliche Entstehung des Geräusches durch Kompression mit Sicherheit auszuschließen ist. Diesen weit selteneren systolischen Typus von Gefäßgeräuschen hat Verf. bisher fast nur bei älteren Individuen mit Basedow beobachten können, und zwar sowohl bei den chronischen als auch bei den nach dem 40. Lebensjahre besonders seltenen akuten Formen. Da die Struma vasculosa dem Basedow eigentümlich ist, so sichert ihr Nachweis die Diagnose. Bei den anderen Kropfformen ist kein Gefäßgeräusch zu hören.

Die Augensymptome sind in nicht wenigen Fällen nur ungenügend ausgebildet. Die Protrusion fehlt oder ist nur angedeutet; das Gräfesche und das Dalrymplesche, sowie das Symptom von Möbius sind oft nicht oder erst in späteren Krankheitsstadien nachweisbar. Nur die Verminderung des Lidschlags — das Symptom von Stellwag — war in Verfassers Fällen auffallend oft und frühzeitig vorhanden.

Tachykardie fehlte nicht in einer einzigen seiner Beobachtungen. Der Blutbefund ist in ganz analoger Weise geändert wie beim chronischen Basedow.

Die Symptome von seiten des Magen-Darmtraktes weichen von denen bei chronischen Formen nicht ab.

Auch das Hinzutreten eines Ikterus verschleiert zuweilen das Bild des akuten Morbus Basedowii.

Ferner hat Verf. mehrmals bei akuten Formen Glykosurie beobachtet.

Die Kenntnis des akuten Basedow ist praktisch sehr wichtig. Die Diagnose schützt den Kranken wie den Arzt vor manchen Gefahren und kann für den Patienten direkt lebensrettend werden. Die Kranken mit akutem Basedow sind nämlich auffallend wenig widerstandsfähig gegen äußerliche Schädlichkeiten. Ein geringfügiger Eingriff, eine kurzdauernde Narkose, eine leichte Infektion können den plötzlichen Tod des Patienten herbeiführen. Der akute Basedow sollte deshalb ein Noli me tangere für den Chirurgen bedeuten. Aber nicht bloß für die Prophylaxe ist die Erkennung des Zustandes wichtig, sie ermöglicht auch die zweckentsprechende Behandlung, welche lebensrettend werden kann. Unser Bestreben muß in solchen Fällen dahin gerichtet sein, die akute in eine chronische Form überzuführen. Das ist, wenn nicht zu spät eingegriffen wird, möglich. Ohne therapeutische Beeinflussung pflegt das Leiden unaufhaltsam zum Tode zu führen. Verf. pflegt in der Regel folgende Behandlung durchzuführen: Der Kranke muß absolute Bettruhe einhalten, wenn möglich bei geöffneten Fenstern oder im Freien (Luft-Liegekur). Die Ernährung muß sehr reichlich sein (Mastkur); schwere Nahrungsmittel, blähende Speisen sind zu verbieten. Zuckerwerk, sehr amylaceenreiche Nahrung sind wegen der Neigung zur Glykosurie nicht gestattet. Die Ueberernährung soll vorzugsweise durch ein Eiweiß-Fett-Regime bewerkstelligt werden.

Von anderen therapeutischen Maßnahmen hält Verf. besonders für wichtig die Verabfolgung von Antithyreoidin Möbius.

In jedem Falle läßt Sch. therapeutische Röntgenbestrahlungen vornehmen. Sie üben einen so günstigen Einfluß auf den weiteren Verlauf des Leidens aus, daß Verf. sie nicht missen möchte. Weitere wichtige Heilfaktoren sind die physikalischen Behandlungsmethoden. Galvanisation am Halse scheint günstig zu wirken. Leichte hydriatische Prozeduren regen die Hauttätigkeit an, vermindern die stets vorhandene Erregbarkeit und können den Appetit fördern. Sehr günstig pflegt der Allgemeinzustand durch einen Aufenthalt im Hochgebirge beeinflußt zu werden.

Dr. **Max Löwy**, Nervenarzt in Marienbad, früherer klin. Assistent der Prager deutschen psychiatrischen Universitätsklinik: **Zur Kasuistik seltener „dyshumoraler" (innersekretorischer) Störungen.** (Prager med. Wochenschrift, 1911, Jahrg. 36, No. 34—37.)

Die Lehre von den Drüsen mit innerer Sekretion wurde in den letzten Jahren durch histologische, physiologische und pharmakologisch-experimentelle Forschungen auf das glänzendste ausgestaltet. Diese Forschungen haben uns auch höchst wertvolle Erkenntnisse in der Pathologie früher ganz dunkler Störungen vermittelt. Eine neue Humoralpathologie ist auch auf diesem Gebiete im Entstehen. Nun liegen zwischen den schon länger bekannten gröberen Erscheinungen des Basedow, des Myxödems, der Akromegalie, des Morbus Addisonii und zwischen den Feststellungen der Wiener Schule an „Vagotonikern", „Sympathikotonikern" etc. noch andere eigenartige Fälle. Auf solche Fälle hat Verf. hingewiesen in seinen Arbeiten: „Aetiologische und therapeutische Erfahrungen über Vitiligo [„dyshumorale" Genese und Organotherapie der Flecken]" (Prager med. Wochenschr., 1911, Jahrg. 36, No. 3) und: „Sensibilitätsänderung während unwillkürlicher, athetoseähnlicher Bewegungen, wahrscheinlich „Spontanbewegungen" (Prager med. Wochenschr., Oktober 1909, Jahrg. 34). In vorliegender Arbeit findet die Eigenart und theoretische Bedeutung solcher Fälle an der Hand ausführlich mitgeteilter Beobachtungen eine eingehende Würdigung.

Dr. med. **Max Löwy**, Nervenarzt in Marienbad, früherer klin. Assistent der Prager deutschen psychiatrischen Universitätsklinik: **Zur Kasuistik der Brunnenkrise [des Brunnendusels, des Brunnen- und Baderausches].** (Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene, 1912, 4. Jahrgang, No. 12.)

Von altersher sind störende Nebenerscheinungen bei Trink- und Badekuren mit kohlensäurehaltigem Mineralwasser bekannt. Verf. hat eine Anzahl genauer Beobachtungen gesammelt, welche nebeneinander darstellen: erst den Grundzustand des Patienten vor Beginn der Trink- resp. Badekur, und daneben jene Erscheinungen beim Kurgebrauche, welche das ursprüngliche Zustandsbild störend modifizieren, und greift aus dieser Reihe drei nicht ganz gewöhnliche Beobachtungen heraus. Diese haben den Vorzug, daß teils die Erscheinungen der Brunnen- und Badewirkung sehr ausgesprochen sind, teils daß sie im unmittelbaren Anschluß an den Brunnengenuß auftraten, teils, daß sie sich auch ohne Trinkkur nur nach Kohlensäurebädern fanden und nach Art eines Experiments durch diese Bäder immer erneut hervorrufen ließen, während sie bei alternierenden Kaltwasserprozeduren ausblieben. Durch Fälle, wie die hier mitgeteilten — mit einem Grundzustande, welcher selber gelegentlich zu Erscheinungen von einer gewissen Aehnlichkeit mit der Symptomatologie des Brunnendusels führen kann —, erfahren

wir manches über die Disposition zur Brunnenkrise. Wir gewinnen so Anhaltspunkte, bei welchen von den Kurpatienten wir eine Brunnenkrise zu fürchten und durch besondere Vorsichtsmaßregeln zu vermeiden haben. Jedoch ist mit diesen psychopathischen und zirkulatorisch gestörten Fällen nur ein Teilgebiet der Disposition zur Brunnenkrise abgesteckt. Denn es können selbstverständlich und erfahrungsgemäß auch anders Geschädigte (z. B. durch unzweckmäßiges Verhalten, unzweckmäßige Ernährung oder durch Uebermüdung) zum Brunnenrausch geneigter werden. Einer jeden der hier mitgeteilten Krankengeschichten ist unter dem Titel „Diagnose" zugleich eine Epikrise des Falles vorangestellt — in Form einer zusammenfassenden Darstellung der Haupterscheinungen des Falles. Darunter sind wieder besonders hervorgehoben: die psychischen, die nervösen und die zirkulatorischen Störungen. Diese kommen neben Störungen der inneren Sekretion sowohl für die Symptomatologie als für die Aetiologie der Brunnenkrise in erster Linie in Betracht.

Verfassers Ansicht über das Wesen der Brunnenkrise geht dahin, daß er die meisten Ausdrucksformen derselben als „kongestive Unruhebilder" auffassen möchte. Weiter möchte er die Brunnenkrise mit der Aufnahme von Kohlensäure in Beziehung bringen, dabei aber die Beziehungen zu Störungen der inneren Sekretion, zur „Dyshumorie" — wie er die innersekretorischen Störungen zusammenfassend bezeichnet — auch nicht ganz außer acht lassen. Kr.

Dr. S. **Zavadier** (Fouriesburg [Oranje-Freistaat, Südafrika]): **Die Prüfung der Schmerzempfindung der Abdominalorgane mittels Perkussion.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 18.)

Die Perkussion ist schon seit langer Zeit zum Nachweise der Schmerzempfindung an verschiedenen Körperstellen in Verwendung. Während man sich jedoch früher dieses Verfahrens hauptsächlich bei der Diagnose von Knochenerkrankungen, in der Zahnheilkunde, der Ohrenheilkunde, sowie bei der Diagnose von Kiefer- und Stirnhöhlenerkrankungen bediente, ist die Perkussion in neuerer Zeit vielfach auch zur Sensibilitätsprüfung von Organen der Brust- und Bauchhöhle benutzt worden. Von mehreren Seiten wurde die Prüfung der perkutorischen Empfindlichkeit als wertvolles Hilfsmittel, namentlich für die Abdominaldiagnostik, bezeichnet. Als einer der ersten hat Goldflam diese Art der Perkussion für die Diagnose von Nierenerkrankungen zu verwerten versucht. Er empfiehlt zu diesem Zwecke, mit der Ulnarseite der Faust kurze, leichte Stöße senkrecht zur Lumbalmuskulatur oder etwas seitwärts von dieser Gegend auszuführen. Bei gesunden Nieren erzeugt nach Goldflam das Beklopfen dieser Gegend keinen Schmerz; bei gewissen Erkrankungen der Nieren (Nephrolithiasis, Pyelitis, Tuberkulose, Tumor und Absceß) tritt, wie dieser Autor angibt, Schmerz auf; auf diese Weise soll es auch gelingen, die erkrankte Seite von der gesunden zu unterscheiden. Im Jahre 1903 hat F. Mendel die Perkussion zum Nachweis des Ulcus ventriculi empfohlen. Er führt zu diesem Behufe mit dem Perkussionshammer Schläge auf die Magengegend aus; sie erzeugt, wie Mendel angibt, bei gesundem Magen keinen Schmerz, bei Ulcus findet sich in der Regel eine Stelle in der Magengegend, wo auch der leiseste Schlag intensiven Schmerz erzeugt. Wenn man nach Mendel gegen diese Stelle von allen Seiten aus radiär fortschreitend perkutiert, so gelangt man zu einem kreisförmigen Bezirk, innerhalb dessen auch die leiseste Perkussion schmerzhaft empfunden wird, während außerhalb desselben auch heftige Perkussion keinen Schmerz hervorruft. In jüngster Zeit hat Mendel noch auf die Verwertung der Perkussion zum Nachweise des Ulcus duodeni hingewiesen. Er fand hier eine die gleichen Eigenschaften wie beim Ulcus ventriculi darbietende Schmerzzone, die sich rechts neben der Linea alba unterhalb der Mitte zwischen Rippenbogen und Nabel im Umfange eines Zweimarkstückes nachweisen ließ. Ploenies hat die Bedeutung des Perkussionsschmerzes für die Diagnostik der Erkrankungen innerer Organe, insbesondere jener des Bauchraumes, eingehend geschildert. Nach seinen Erfahrungen ist die Perkussion (die er mittels Perkussionshammers auf den Finger ausführt) zu diesem Behufe der Palpation vorzuziehen, da sie feinere Abstufungen ermögliche und die so häufig bei der Palpation auftretende reflektorische Muskelspannung verhindere. Er empfiehlt dieses Verfahren auch namentlich für die Untersuchung von unterhalb des Knochengerüstes gelegenen Organen, beziehungsweise Organabschnitten; es eignet sich ferner nach Ploenies ganz besonders für die Untersuchung der entzündeten Appendix, einerseits wegen der hier zuweilen durch die Palpation erzeugten Gefahren, andererseits zur leichteren Bestimmung der Ausbreitung oder der Abnahme des Prozesses; gute Resultate erhielt Ploenies ferner bei der Gallensteinerkrankung, bei Cholecystitis, sowie bei Erkrankungen des Pankreas, insbesondere aber bei Erkrankungen des Magens und Duodenums, speziell bei Ulcus und Carcinom, wo die perkutorische Empfindlichkeit (auch bei fehlendem palpatorischen Befund) regelmäßiger und frühzeitiger nachweisbar sein soll, während sie bei Gastritis fehlt. Auch R. Schmidt empfiehlt die Perkussion zur topographischen Abgrenzung der Schmerzempfindung. Vor kurzem hat Jaworski zur Untersuchung der Empfindlichkeit der Leber und des Magens die Handperkussion empfohlen.

Verf. vorliegender Arbeit hat dieses Verfahren an Fällen des Ambulatoriums für Magen- und Darmkranke des Priv.-Doz. Dr. E. Schütz in Wien näher geprüft und berichtet über das Ergebnis dieser Untersuchungen, die sich ausschließlich auf Magen-Darmkanal und Leber erstrecken. Um den Wert der Perkussionsmethode für die Prüfung der Schmerzempfindung am Abdomen zu beurteilen, erschien es wünschenswert, die Ergebnisse des Beklopfens mit jenen der Palpation in jedem einzelnen Falle zu vergleichen; aus diesem Grunde hat Verf. jedesmal beide Arten der Untersuchungen angewendet; die Palpation wurde der Perkussionsprüfung vorausgeschickt. Von großer Wichtigkeit erschien es ferner, in jedem Falle auf eine etwa vorhandene Ueberempfindlichkeit der Haut und der Muskulatur der untersuchten Körperregion zu achten, da das Vorhandensein einer solchen leicht zu Verwechselungen mit einer gesteigerten Sensibilität tieferliegender Organe führen kann. Hyperästhesie der Haut des Abdomens beobachtet man bekanntlich zuweilen in Begleitung von Erkrankungen der Abdominalorgane, aber auch ohne eine solche. Eine mit Abdominalerkrankungen einhergehende Hauthyperästhesie bietet, wie verschiedene Autoren gezeigt haben, durchaus nicht jenes von Head angenommene gesetzmäßige Verhalten, so daß ein Nachweis desselben für die Abdominaldiagnostik so gut wie gar nicht in Betracht kommt. Doch muß die Prüfung der Hautempfindlichkeit aus den obenerwähnten Gründen der palpatorischen und perkutorischen Untersuchung vorausgeschickt werden. Eine Täuschung in der erwähnten Richtung kann auch durch Myalgien an den zu prüfenden Körperstellen hervorgerufen werden. Insbesondere kommen hier die Myalgien der Bauchmuskeln in Betracht. Die Ergebnisse des Verfassers sind: 1. Der Nachweis eines kreisförmigen Schmerzbezirkes im Epigastrium bezw. rechten Hypogastrium mittels der Hammerperkussion gibt ebensowenig wie die perkutorische Bestimmung des Punctum maximum der Schmerzempfindung eine Stütze für die Diagnose eines Ulcus ventriculi bezw. duodeni. 2. Zur Lokalisation eines Schmerzbezirkes im Bereiche des Magens eignet sich die schrittweise vorgenommene Palpation mittels der Fingerkuppe besser als die Perkussion. 3. Zur Abgrenzung eines entzündlichen Prozesses im Bereiche des Abdomens ist die palpatorische Prüfung der Schmerzempfindlichkeit der Perkussion vorzuziehen. Nur in den Fällen mit erheblicher Muskelspannung bildet die perkutorische Untersuchung das geeignetere Verfahren. 4. Für die Unterscheidung zwischen Leber- und Magenschmerz gibt die von Jaworski empfohlene Handperkussion häufig vorzügliche Resultate. Kr.

Dr. **Ernst Fränkel** (Bonn): **Lordotische Albuminurie und Titrationsacidität des Urins.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 42.)

Bei einer Anzahl von Kindern mit lordotischer Albuminurie war im Harn sofort oder mehrere Stunden nach der durch den Lordoseversuch hervorgerufenen oder verstärkten Eiweißausscheidung auch ein Ansteigen der Titrationsacidität nachweisbar. Die Eiweißausscheidung nach dem Versuch konnte durch vorherige ausreichende Darreichung von Natrium bicarbonicum unterdrückt werden. Bei einem Kinde, dessen Erkrankung den Typus der lordotischen Albuminurie im Anschluß an eine Scharlachnephritis zeigte, sowie bei Scharlachnephritis selbst blieb die Alkalidarreichung ohne Erfolg.

Dr. **Paul Beisele** (Tutzing): **Ein Beitrag zur Kasuistik der Benzoldampfvergiftungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Eingeatmeter Benzoldampf kann schwere Erscheinungen hervorrufen, wie rauschartige Benommenheit, Schwindel, Zittern, Bewußtlosigkeit und Krämpfe. Wegen der geringen Benutzung des Benzols außerhalb der chemischen Industrie sind derartige Vergiftungen sehr selten. Verf. hatte Gelegenheit, einen hierhergehörigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um einen Braumeister, der in einen entleerten Kessel eingestiegen war und die Innenwand mit einer Auflösung von Teer und Benzol (10 pCt.) als Kesselschutzmittel angestrichen hatte. Der Kessel war durch Oeffnungen an der Decke entlüftet, jedoch verhinderte die warme Außenluft das Abziehen von Gasen. Nach einigen Minuten wurde der Mann ohnmächtig; er wurde bewußtlos von seinen Arbeitsgenossen aus dem Kessel gezogen und bald wieder zur Besinnung gebracht. Bereits nach einem Tage konnte er wieder seine Arbeit aufnehmen. Die Folgen der Vergiftung äußerten sich, nachdem die Bewußtlosigkeit vorübergegangen war, in Kopfschmerz, Schwindel, rauschartiger Benommenheit und Erinnerungsstörungen für die jüngsten Vorgänge. Alle diese Erscheinungen verschwanden innerhalb weniger Stunden. Der Urin hatte

ein dunkles Aussehen, das bei längerem Stehen noch zunahm. Er war frei von Blut, Eiweiß und Zucker, dagegen wurde Nylandersche Lösung nach kurzem Stehen vollständig reduziert.

Privatdozent Dr. **Max Lissauer** (Königsberg i. Pr.): **Pathologische Veränderungen des Pankreas bei chronischem Alkoholismus.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 42.)

Wie Verf. auf Grund seiner in 24 Fällen erhobenen anatomischen Befunde ausführt, finden sich pathologische Veränderungen des Pankreas in großer Anzahl bei chronischem Alkoholismus; sie betreffen das Bindegewebe und das Parenchym. Im interstitiellen Bindegewebe findet sich eine chronische Pancreatitis interstitialis verschiedenen Grades, am Parenchym eine Verfettung. Beide Veränderungen sind ätiologisch auf den chronischen Alkoholismus zu beziehen; eine andere Ursache für sie ist in den betreffenden Fällen nicht nachzuweisen. Die gefundenen pathologischen Veränderungen sind in Parallele zu setzen mit den krankhaften Veränderungen anderer Organe bei chronischem Alkoholismus, besonders der Leber (Lebercirrhose und Fettleber). Sie berechtigen mit Friedrich, von einem Säuferpankreas zu sprechen. Die klinische Bedeutung dieser Befunde beruht darauf, daß hierdurch die schon lange bekannten Beziehungen zwischen chronischem Alkoholismus und Diabetes eine anatomische Begründung finden. R. L.

Chirurgie.

A. Simin: Zur Lehre von der Resorption aus der Bauchhöhle. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 2.)

Da die Frage, ob die Beschleunigung der Resorption aus der Bauchhöhle bei Peritonitis ein schädlicher oder nützlicher Vorgang ist, noch immer der einwandfreien experimentellen Beweisführung harrt, sind die Versuche des Verfassers von Interesse, welche bezwecken, durch Anwendung hypertonischer Lösungen die Herabsetzung der Resorption zu begünstigen. In 8 Versuchen wurden Hunden Atropinlösungen mit 10 ccm 10 proz. NaCl-Lösung in die Bauchhöhle injiziert und durch Freilegung der Vagi elektrisch der Eintritt der Vaguslähmung geprüft. Es ergab sich einwandfrei, daß mit der Erhöhung der Konzentration des Salzes die Schnelligkeit der Resorption des Atropins abnimmt. In 11 Versuchen erhielten ferner Meerschweinchen Diphtherietoxin mit Kochsalz in steigender Konzentration intraperitoneal injiziert. Die Versuche ergaben deutlich, daß die gleichzeitige Injektion von hypertonischen Salzlösungen mit Diphtherietoxin die Versuchstiere rettet und daß diese Wirkung desto sicherer ist, je konzentrierter die Lösung ist. Wie sind diese Ergebnisse zu erklären? Eine Neutralisierung des Toxins durch das NaCl ist kaum anzunehmen. Wahrscheinlich ist die Annahme, daß die hypertonische NaCl-Lösung die Resorption des Giftes derart verlangsamt, daß der Organismus die Intoxikation übersteht; möglich ist auch, daß durch die NaCl-Lösung eine vermehrte Transsudation und Hyperleukocytose in der Bauchhöhle entsteht, welche das Toxin unschädlich macht.

J. D'Agata: Experimenteller Beitrag zur Chirurgie und Physiopathologie des Perikards. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 2.)

Angeregt durch die Experimente von Amerio und Parlavecchio hat Verf. bei Hunden eine Serie von Perikardiektomien ausgeführt, um festzustellen, ob das Herz seine anatomische und funktionelle Integrität bewahren kann, wenn es mehr oder weniger vollständig seines Beutels beraubt wird, und ob sich aus den Experimenten eine Berechtigung zur Vornahme dieses Eingriffes beim Menschen ergibt. Am besten gelangt man beim Hunde zum Perikard auf epigastrisch-extraperitonealem Wege; letzterer führt rasch und leicht zum Ziele, meistens ohne eine Eröffnung der Pleurahöhle zu erfordern. Ferner bietet dieser Weg den Vorteil, erforderlichenfalls leicht die Drainage ausführen zu können, und liefert den anderen Methoden gegenüber sehr gute postoperative Erfolge. Wird beim Erfassen bezw. bei der Inzision des Perikards der arterielle Blutdruck mit Hilfe des Ludwigschen Kymographion aufgezeichnet, so wird eine jähe Senkung der Pulskurve wahrgenommen, welche mitunter bis auf Null als Zeichen eingetretenen Herzstillstandes herabreicht. Diese Erscheinungen treten nicht ein, wenn man das parietale Perikardialblatt vorher kokainisiert. Stets ergibt die eine Zeitlang nach der Perikardiektomie aufgenommene Pulskurve eine Abnahme des mittleren arteriellen Blutdruckes und zugleich eine Vermehrung der Pulszahl. Meist vertragen die Tiere den Eingriff gut, selbst wenn sie funktionelle oder anatomische Veränderungen am Herzen zeigen. Adler (Berlin-Pankow).

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **Ernst Runge**, Assistent an d. Frauenklinik d. kgl. Charité in Berlin: **Die Extrauteringravidität und ihre Behandlung.** (Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 46.)

Als ätiologisches Moment der Bauchhöhlenschwangerschaft werden besonders Störungen der Einwanderung durch das Tubenlumen angeschuldigt. Hierfür kommen verschiedene Momente in Betracht. So vor allem Fortfall der Epithelflimmerung der Tubenschleimhaut infolge entzündlicher Prozesse derselben, besonders nach Gonorrhoe. Des weiteren kann aber das Ei auch dadurch in der Tube zurückgehalten werden, daß es in einen „blinden Gang" der stark rarefizierten Schleimhaut gerät. Sodann sollen entzündliche Prozesse in der Umgebung der Tube eine Rolle spielen, wodurch Abknickungen und Verlegungen ihres Lumens herbeigeführt werden, die ein Weiterwandern des Eies unmöglich machen. Und schließlich wird auch ein infantiler Zustand der Tuben, also ein Zurückbleiben derselben in ihrer Entwicklung auf kindlicher Stufe, als ätiologisches Moment angeschuldigt. Man findet dann die Tube zumeist lebhaft geschlängelt, sehr schlank und in ihrem Lumen stark reduziert, so daß ein Steckenbleiben des Eies wohl zu verstehen ist. Ob es auch zu einer rein intraperitonealen Gravidität kommen kann, also zu einer primären Ansiedelung des Eies auf dem Peritoneum, ist bis heute noch zweifelhaft.

Solange sie noch intakt ist, wird die Extrauterinschwangerschaft, wenigstens in den ersten 2 Monaten, durch bimanuelle Untersuchung kaum diagnostizierbar sein. Die schwangere Tube fühlt sich dann noch so weich an wie ihre Umgebung, so daß sie davon nicht zu differenzieren ist. Je älter die Schwangerschaft aber wird, um so eher wird ihre Diagnose möglich sein; vorausgesetzt, daß der Arzt an ihr Vorhandensein denkt. Der gleichzeitig vergrößerte Uterus wird aber wohl meist, wenigstens in den frühesten Monaten, auf die Fehldiagnose intrauterine Gravidität hinlenken. Wie soll man sich nun einer extrauterinen, ungestörten Gravidität gegenüber verhalten? Die richtige Antwort hierauf ist der Ausspruch von Werth, daß jede Extrauteringravidität wie ein bösartiger Tumor zu behandeln ist, denn in jedem Moment kann es zu einer Ruptur der schwangeren Tube und damit zu einer lebensgefährlichen inneren Blutung kommen. In zweifelhaften Fällen soll man die Patientin unter genauer ärztlicher Kontrolle behalten, am besten in der Klinik, um sofort zu operieren, sobald die Diagnose gesichert ist oder lebensbedrohende Störungen auftreten. Die Operation findet am einfachsten und sichersten durch die Laparotomie statt. Hierbei läßt sich die Situation genau übersehen und die gravide Tube in kürzester Zeit exstirpieren.

Kommt es zu einer Tubenruptur, so empfinden die Patientinnen zumeist einen lebhaften, reißenden Schmerz in der betreffenden Seite, und bald darauf stellen sich Zeichen akuter Anämie ein: Blässe und Spitzwerden des Gesichtes, Schnellerund Schlechterwerden des Pulses, Ohnmachten, Gähnen usw. Zumeist tritt gleichzeitig eine geringe Blutung aus der Vagina infolge Lösung der Decidua uterina ein, oder sie ist kurz voraufgegangen.

Die Diagnose läßt sich fast stets leicht stellen. Anamnestische Daten, wie Störungen im Menstruationstypus, Ausbleiben der Menses usw., der akute Schmerzanfall, Ohnmachten, sowie Zeichen akuter Anämie weisen den richtigen Weg. In zweifelhaften Fällen macht man in den abhängigen Partien des Abdomens eine Probepunktion mit einer Pravazschen Spritze, wodurch man sich sofort vom Vorhandensein flüssigen Blutes in der Bauchhöhle überzeugen kann. Daneben besteht Dämpfung in den abhängigen Partien des Abdomens und Schallwechsel daselbst bei Lageveränderung. Per vaginam fühlt man meist auf der einen Seite des Uterus und hinter ihm eine diffuse weiche Resistenz.

Die Therapie hat natürlich in sofortiger Eröffnung des Abdomens und Exstirpation der schwangeren Tube, am besten und einfachsten per laparotomiam, zu bestehen.

Der Tubenabort verläuft stets unter weniger stürmischen Erscheinungen. Zuweilen tritt ein Schmerzgefühl in der betreffenden Seite auf. Zumeist führt aber ein uteriner Blutverlust infolge Ausstoßung der Decidua uterina die Frauen zum Arzt. In seltenen Fällen kann aber auch die innere Blutung eine lebhafte sein, so daß die obengeschilderten Symptome der akuten Anämie auftreten.

Ist der Blutverlust nur ein geringer bezw. sickert nur ganz allmählich Blut aus der Tube in die Bauchhöhle, so gerinnt es hier und wird von den umliegenden Eingeweiden abgekapselt, wodurch es zur Ausbildung einer sogenannten Haematocele kommt. Diese kann entweder hinter dem Uterus im Douglas liegen — Haematocele retrouterina — oder um die Tube herum — Haematocele peritubaria.

Die Diagnose wird einmal auf Grund der Anamnese zu stellen sein, wobei man sich aber vor der Verwechselung mit einem uterinen Abort hüten muß, außerdem durch den Tastbefund. Man findet seitlich neben dem Uterus eine verschieden große, etwas verschiebliche Resistenz — entzünd-

liche Adnexe sind zumeist doppelseitig — oder hinter der Gebärmutter eine feste, den Douglas ausfüllende Masse — Haematocele retrouterina. In zweifelhaften Fällen kann man die Diagnose durch Probepunktion von der Vagina aus sicherstellen.

Die Behandlung des Tubenabortes kann konservativ sein, wenn der Allgemeinzustand es erlaubt, lokale Beschwerden nur unwesentlicher Natur bestehen und bei weiterer Beobachtung die Blutgeschwulst nicht wächst. Man suche dann anfangs durch absolute Bettruhe, damit die Wandung des Blutsackes nicht platzt, später durch hydrotherapeutische Maßnahmen eine baldige Resorption des Blutes herbeizuführen. Anders dagegen, wenn Zeichen akuter Anämie auftreten, erheblichere Beschwerden vorhanden sind oder die Blutgeschwulst infolge ständig nachsickernden Blutes wächst. Dann gehe man operativ, wie bei der Tubenruptur, vor. Kr.

Dr. **Hans Hermann Schmid** (Prag): **Zur Behandlung atonischer Blutungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Wie Verf. berichtet, wird neuerdings in der Prager deutschen Frauenklinik Pituitrin bei Sectio caesarea unmittelbar nach Extraktion des Kindes direkt in die Uterusmuskulatur injiziert, nachdem in zwei Fällen subkutane Injektionen im Stich gelassen hatten. Bei 10 klassischen Kaiserschnitten, bei denen Hypophysenextrakt direkt in den eröffneten Uterus injiziert wurde, wurde letzterer sogleich steinhart und blaß und blieb stets auch weiterhin gut kontrahiert, so daß niemals weitere Maßnahmen zur Bekämpfung der Blutung erforderlich wurden. Verf. empfiehlt auf Grund dieser Erfahrungen ferner, zur Bekämpfung schwerer Atonien, noch ehe man die Uterustamponade ausführt, Hypophysenextrakt in den Uterus selbst zu injizieren, und zwar vom Cervicalkanal aus. Die Portio wird mit Freßzangen heruntergezogen, die Spitze ist mit einer langen Nadel armiert; diese wird ähnlich wie eine Uterussonde in das Cavum uteri eingeführt und (unter Fixation des Uterus von den Bauchdecken aus) von innen her in die Uteruswand eingestochen. Verf. hatte bisher zweimal Gelegenheit, das Verfahren bei schwerer Atonie anzuwenden, nachdem subkutane Injektionen versagt hatten; einmal nach vaginalem Kaiserschnitt, das andere Mal bei atonischer Blutung nach digitaler Ausräumung eines Aborts im 4. Monat; beide Male stand die Blutung sogleich. Es waren jedesmal 2 ccm Pituitrin resp. Glanduitrin injiziert worden. Doch können auch größere Mengen auf einmal injiziert werden. Bei postpartalen Blutungen wird bis zur Einspritzung des Hypophysenextrakts die Aorta komprimiert, mittels des M o m b u r g schen Schlauches, des G a u s s schen Apparates oder noch besser mit der Hand. — Uebrigens sind schwere Atonien sehr selten geworden, seitdem bei allen Fällen von Wehenschwäche, von drohender atonischer Blutung (Placenta praevia), bei allen entbindenden Operationen und bei allen Abortusausräumungen systematisch subkutane Injektionen von Hypophysenextrakt angewendet werden.

Dr. **Hans Albrecht** (München): **Die diffuse gonorrhoische Peritonitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Während die Bedeutung der aszendierenden gonorrhoischen Infektion für die Pathogenese der z i r k u m s k r i p t e n Pelviperitonitis allgemein anerkannt ist, sind in der Frage, ob der Gonococcus ohne Mischinfektion eine d i f f u s e eitrige Peritonitis zu erzeugen vermag, die Meinungen immer noch geteilt. Noch im Jahre 1911 leugneten in einer Sitzung der Berliner gynäkologischen Gesellschaft B u m m und F r o m m e die Möglichkeit einer diffusen rein gonorrhoischen Peritonitis, während B r ö s e und K o b l a n c k sie als zweifellos feststehend betrachteten. Gegenüber B u m m vertreten u. a. Z w e i f e l, D ö d e r l e i n und M e n g e den Standpunkt, daß der Gonococcus allein, ohne Symbiose mit anderen Keimen, eine diffuse Peritonitis hervorrufen kann. Auch Verf. vertritt auf Grund eigener Erfahrungen ebenfalls den Standpunkt der Existenz einer rein gonorrhoischen diffusen Peritonitis. Er ist in der Lage, über vier derartige Fälle, zwei aus der Münchener chirurgischen und zwei aus der II. gynäkologischen Klinik, berichten zu können, die sämtlich operativ behandelt wurden und einen typischen Verlauf zeigten. In dem letzten Falle gelang es, sowohl durch die klinische Beobachtung als auch durch die bakteriologische Untersuchung einschließlich des Kulturverfahrens den einwandfreien Nachweis zu führen, daß als Erreger der vorhandenen generalisierten eitrigen Bauchfellentzündung der Gonococcus ohne jede weitere Mischinfektion in Betracht kam. Es handelte sich um ein 18 jähriges Mädchen, das mit der Diagnose „Perforations-Appendicitis" in die chirurgische Klinik eingeliefert worden war. Die äußere Untersuchung ergab zunächst die Zeichen einer akuten gonorrhoischen Infektion; der sonstige Befund deutete auf eine gonorrhoische Pelviperitonitis hin. Die Patientin wird auf die gynäkologische Abteilung verlegt und zunächst eine expektative Behandlung eingeleitet. Nach wenigen Stunden aber traten die Zeichen einer akuten Peritonitis auf: Puls 130, Temperatur 38,8 °, ständiges Erbrechen kleiner Mengen galliger Flüssigkeit; Leib aufgetrieben, bei leisester Berührung äußerst schmerzhaft, brettharte Spannung über den ganzen Unterleib, beiderseits in den abhängigen Partien 4 Finger breit Dämpfung, ebenso im rechten Hypogastrium. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand sich reichlicher rahmig-gelbgrauer Eiter in der Bauchhöhle. Die Appendix war vollkommen frei von entzündlichen Erscheinungen; der Ausgangspunkt der Eiterung waren die Beckenorgane (aus den Tuben quoll Eiter hervor). Da die inzwischen vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Eiters Gonokokken in Reinkultur ergab, wurde der erreichbare Eiter ausgetupft resp. abgesaugt und die Bauchhöhle in Etagen geschlossen. Nach der Operation Physostigmin 0,002 subkutan. Nach der Operation trat sofort Besserung ein (Temp. 36 ° usw.); die weitere Heilung war völlig ungestört. Auch die Kultur ergab nur Gonokokken. Genau ebenso verliefen zwei weitere Fälle, die ein 20 jähriges resp. 18 jähriges Mädchen betrafen; auch hier trat nach der Operation ungestörte Heilung ein. Im vierten Falle handelte es sich um das seltene Vorkommen einer diffusen gonorrhoischen akuten Peritonitis bei einem jungen Manne; hier wurden ebenfalls in dem eitrigen Exsudat der Bauchhöhle Gonokokken in Reinkultur mikroskopisch nachgewiesen. Auch hier nach der Operation kritischer Abfall aller Erscheinungen und ungestörter Heilungsverlauf. — Die Fälle zeichnen sich alle durch ihren gutartigen Verlauf nach der Operation aus, was auch D ö d e r l e i n als charakteristisch für die akute gonorrhoische Peritonitis hervorgehoben hatte. Die Diagnose einer gonorrhoischen Peritonitis läßt sich im allgemeinen vor Eröffnung der Bauchhöhle nicht stellen, deshalb hält Verf. in diesen Fällen die Laparotomie für durchaus indiziert, um so mehr, als durch die Laparotomie der Prozeß in kritischer Weise günstig beeinflußt wird. R. L.

Ophthalmologie.

Karl Huppenbauer: Klinisch-statistische Mitteilungen über Augenverletzungen bei Kindern. Aus der Tübinger Univ.-Augenklinik. (Dissertation, Tübingen 1912.)

1. Unter dem Gesamtmaterial der Tübinger Augenkranken finden sich 1,4 pCt. augenverletzte Kinder bis zum 14. Lebensjahre. Die Augenverletzungen der Kinder machen 13,9 pCt. aller Augenverletzungen aus.
2. Augenverletzungen sind bei Knaben 2½ mal häufiger als bei Mädchen zur Beobachtung gekommen.
3. Zum Verlust des Sehvermögens führten von 1000 Kinderverletzungen (ausschließlich Berufsverletzungen) 132 (gleich 13,2 pCt.) Fälle; davon gelangten 112 zur Enukleation. Die Augenverletzungen der Kinder sind also häufig sehr schwere.
4. 317 perforierende Bulbuswunden machen fast den dritten Teil, 245 Fälle mit Fremdkörpern in der Hornhaut oder im Bindehautsack den vierten Teil aller Verletzungen aus.
5. Wunden des Bulbus führen bei Kindern sehr häufig zur eitrigen Infektion, offenbar wegen der Vernachlässigung oder Nichtbeachtung der Verletzung.
6. Das dritte und vierte Lebensjahr beteiligt sich mit auffallend hoher Ziffer an den Verletzungen der Kinder. Das Maximum fällt bei den Knaben ins zwölfte, bei den Mädchen ins vierte Lebensjahr.
7. Bei den Knaben ist die linke Seite in ungefähr derselben Häufigkeit bevorzugt, als bei den Mädchen die rechte.

F.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie (einschließlich Organsafttherapie).

M. G. Moljakow: Zur Frage der Behandlung des Scharlachs mit nukleinsaurem Natrium. (Russkij Wratsch, 1912, No. 9.)

Verf. hat 90 Fälle von Scharlach mit Nukleinsäure behandelt. Er injizierte pro Lebensjahr 0,1 g, die gesamte Dosis in 30—50 ccm Wasser gelöst, doch wurde die Gabe von 1,0 g nicht überschritten. Ueberraschend war der Erfolg bei den Patienten, die in einem frühen Stadium — am 2. Krankheitstage — in das Spital eingeliefert wurden. Die Krankheit wurde geradezu coupiert, die Temperatur sank in 2—3 Tagen bis zur Norm und alle Erscheinungen klangen ab. 71 Patienten wurden am 3. bis 6. Krankheitstage eingeliefert. Bei diesen war eine so energische Wirkung der Nukleinsäure zwar nicht zu beobachten, aber es wurde doch eine erhebliche Minderung der Sterblichkeit — nur 5 von 71 — festgestellt. Bei Kindern, die nach dem 6. Krankheitstage in Behandlung kamen, erwies sich die Nukleinsäuretherapie als nutzlos. —r.

Dr. **Jarosch** (Heilstätte Friedrichsheim, Baden): **Ueber die Bekämpfung der Tuberkulose von den oberen Luftwegen aus mittels des „Prophylakticum Mallebrein".** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Unter der Bezeichnung „P r o p h y l a k t i c u m M a l l e b r e i n" wird seit einigen Jahren das c h l o r s a u r e A l u m i n i u m $Al(ClO_3)_3$ als Mittel zur Desinfektion der Rachenorgane (Tonsillen etc.) verwendet. Angegeben ist das Mittel

von Geh. Regierungsrat Dr. F. Mallebrein. Es hat den Zweck, die Eingangspforten für die Tuberkelbacillen, Eitererreger etc. zu verschließen. Es bildet mit den Eiweißkörpern Aluminiumalbuminat; Chlorsäure wird dabei frei und zerfällt sofort in Chlor und Sauerstoff, die beide eine sehr kräftige Desinfektionswirkung ausüben. Ferner wird an den Zellen durch die Aluminiumsalze eine solche Veränderung bewirkt, daß Lösungen von Salzen ungehindert in den Zellkörper eindringen können. Es kann daher ein Teil der Lösung in die Zellen eindringen und auch in deren Inneren zur Wirkung gelangen. Das Prophylakticum Mallebrein wurde in den letzten drei Jahren von einer großen Anzahl von Aerzten in Baden angewendet. Es wirkt nicht nur günstig bei Affektionen der oberen Luftwege, des Rachens etc. (Anginen), sondern auch bei Affektionen anderer Schleimhäute, z. B. des weiblichen Genitale (eitrige Vaginitis). Was nun die Anwendung bei tuberkulösen Prozessen in der Lunge anlangt, so wird 3 mal täglich mit einer Lösung von 25—30 Tropfen des Mittels auf 3 Eßlöffel Wasser tüchtig gegurgelt, immer nach dem Essen; dazwischen wird 2- bis 3 mal täglich mit einer etwa halb so starken Lösung inhaliert. Man atmet die Dämpfe ruhig mit der gewöhnlichen Atmungstiefe ein. Wo Blutungen vorausgegangen oder zu befürchten sind, wird man vorsichtshalber auf das Gurgeln sich beschränken. Wenn das Mittel richtig angewendet wird, beobachtet man gewöhnlich folgendes: Besteht Fieber, so geht es, wenn es nicht von Komplikationen herrührt, meist rasch zurück. Husten und Auswurf vermindern sich und verschwinden in den meisten Fällen nach einigen Wochen ganz. Das subjektive Befinden der Patienten hebt sich rasch, besonders der Appetit. Daneben läßt sich in sehr vielen Fällen eine objektive Besserung des Lungenbefundes feststellen. R. L.

Dr. **Julius Baedecker**, Kinderarzt in Berlin: **Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Keuchhustens.** (Der Kinderarzt. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Juni 1912, No. 6.)

Obwohl statistisch nachgewiesen ist, daß an Keuchhusten jährlich 15 000 Menschen sterben, so ist das ärztliche Interesse dieser Krankheit weniger zugewendet, als z. B. der Appendicitis, an der im Jahre 1903 5000 Menschen im Deutschen Reiche starben. Der Grund für dieses geringe Interesse liegt vorwiegend darin, daß die wirkliche Gefahr der Pertussis gar nicht bekannt ist. Man nimmt der Pertussis gegenüber einen passiven Standpunkt ein und ist der Ansicht, daß gegen sie nichts zu machen sei. Was die Aetiologie betrifft, so herrscht in dieser Hinsicht die gleiche Ungewißheit. Während die einen an der infektiösen Natur des Keuchhustens festhalten, zweifeln die anderen an der Infektiosität desselben. Verf. vorliegender Arbeit ist der Ueberzeugung, daß Pertussis selbst zweifellos nur durch spezifische Infektion entsteht und daß jeder ähnlich sich anhörende, jedoch unanfechtbar auf nicht infektiöse Weise hervorgerufene Krankheitsfall mit pertussisartigen Hustenstößen eben keine Pertussis ist. Ob man nun aber bereits in dem Gorget-Gengouschen Bacillus den spezifischen Erreger selbst gefunden hat, ist noch nicht ausgemacht. Jedenfalls hat diese Entdeckung für die Therapie noch nichts Brauchbares schaffen können. Das darf aber kein Grund dafür sein, bei einer Krankheit, die 15 000 Todesfälle im Jahre zeitigt, die Möglichkeit therapeutischer Fortschritte zu leugnen. Zunächst wäre es der bedeutendste therapeutische Fortschritt, wenn die Indolenz des Publikums dem Beginn oder den noch leichten Stadien der Krankheit gegenüber aufgerüttelt würde. Es muß immer wieder von neuem das Publikum darauf gestoßen werden, daß Pertussis schon vom Beginn an behandelt werden muß und vor allem auch erfolgreich behandelt werden kann. Bei Pertussis mit noch nicht krampfartigen Anfällen ist das Wichtigste die Erleichterung der Expektoration; im Höhestadium dagegen hat die Therapie auf Milderung des Hustens an und für sich zu sehen, wofür Narkotica besonders zweckmäßig sind und durch nichts ganz ersetzt werden können. Die Behandlung der Pertussis muß also in den verschiedenen Stadien nach ganz verschiedenen Prinzipien geleitet werden. Im Anfangsstadium der Krankheit soll der Arzt ein möglichst harmloses Mittel anwenden. Es hat expektorierend zu wirken und, da die Keuchhustenbacillen offenbar so oben in der Nähe der Speiseröhren-Glottiskreuzung am Kehlkopf ihren Hauptsitz haben, daß ein eingenommenes Medikament sie wahrscheinlich zum großen Teil direkt berührt, so ist ferner empfehlenswert, noch ein Desinficiens, das besonders für die Respirationsorgane Bedeutung hat und deshalb zweckmäßig aus der Kreosotgruppe genommen wird, hinzuzufügen. Diese Bedingungen sind recht zweckmäßig erfüllt von einem neuen Keuchhustenpräparat des „Laboratoriums für Therapie in Dresden". Die Zusammensetzung dieses „Toluta" genannten Keuchhustenmittels ist: Stib. sulf. aurant.; Kal. sulfoguajac.; Natr. sulfuric. sicc.; Senn. praepar.; Succ. Liquir.; Elaosaccharum; Reinkultur bac. bulg.

Dieses Präparat, das Verf. als Toluta I bezeichnet, genügt zur Heilung aller leichten und mittleren Fälle von Keuchhusten, jedoch nicht für die schweren Fälle. Hier ist ein Narkoticum am Platze. Als am meisten geeignetes Narkoticum erschien Verf. das Heroin. mur., weil es bereits in Dosen, die dem kindlichen Geschmack nicht zur Wahrnehmung gelangen, eine Wirkung ausübt. Um die Wirkung des Heroins noch zu steigern, kombinierte Verf. das Heroin mit Hydropyrin. Diese Vereinigung nun nannte er Toluta II. In drei Wochen Toluta II-Behandlung pflegt auch der hartnäckigste und gefährlichste Keuchhusten besiegt zu sein.

Dr. **Wilhelm Kerl**, Assistent d. Univers.-Klinik f. Dermatologie u. Syphilidologie in Wien: **Erfahrungen über Neosalvarsan.** (Wiener klin. Wochenschr., 1912, No. 45.)

Seit einem Jahre findet Neosalvarsan therapeutische Verwendung am Menschen und von vielen Seiten liegen bereits Berichte über Erfahrungen mit dem neuen Präparat vor. Das Mittel verdankt seine Entstehung dem Bestreben Ehrlichs, Nebenerscheinungen, wie sie bei Altsalvarsan beobachtet wurden, zu verringern und die Wirkungskraft zu erhöhen. Verf. hat das Neosalvarsan seit 6 Monaten verwendet. Das Neosalvarsan ist nach Verf. infolge seiner leichten Lösbarkeit bei Zimmertemperatur für die praktische Verwendung geeigneter. Die Resultate der verschiedenen Autoren sind miteinander besser vergleichbar, da der variable Faktor der durch die verschiedene Beschaffenheit der Lauge gegeben war, wegfällt. Die Nebenerscheinungen sind bei Berücksichtigung der größeren Dosen geringer. An Wirkungskraft ist es dem Altsalvarsan fast gleich. Bei Abortivkuren sind mit Neosalvarsan und Quecksilber bessere Resultate zu erzielen als mit der Quecksilberbehandlung allein. Bei allgemeiner Lues ist dem Neosalvarsan, in kleinen Dosen injiziert, der Wert eines kräftigen Heilmittels beizumessen. Durch die rasche Ueberhäutung luetischer Erscheinungen wird die Ansteckungsgefahr verringert und es ist die Behandlung oft aus sozialen Gründen von großem Vorteil. Die Pausen zwischen den einzelnen Injektionen sind nicht zu gering zu stellen. Als Kontraindikation sind dieselben Zustände anzuführen, die auch eine Anwendung von Altsalvarsan gefährlich erscheinen lassen, doch kann die Zahl der Kontraindikationen durch vorsichtige Dosierung eingeengt werden. Besondere Vorsicht hat bei Patienten mit labiler Psyche stattzufinden.

Arbeiten über Aleudrin.

1. Nervenarzt Dr. med. **Rudolf Topp**, dirigir. Arzt der St. Josephs Heilanstalt zu Berlin-Weißensee: **Ueber Aleudrin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 47.)
2. Dr. **Werner H. Becker**, Oberarzt der Landesirrenanstalt Weilmünster: **Einige neue Präparate vom Schlafmittelmarkt.** Auszug über das Aleudrin. (Moderne Medizin. Zeitschrift f. Wissenschaft u. Soziologie, Jahrg. 1912, Heft 11.)
3. Dr. **Hirschberg** (Berlin-Fichtenau): **Aleudrin, ein neues Sedativum.** (Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschr., 1912/13, No. 31.)

Das von der Chemischen Fabrik Dr. Bruno Beckmann, Berlin, in den Handel gebrachte Präparat ist in chemischer Beziehung der Carbaminsäureester des α-α-Dichlorisopropylalkohols. Es ist leicht löslich in Alkohol, Aether, Glyzerin und fetten Oelen. Aleudrin kommt in Tabletten à 0,5 g in den Handel. Die Tabletten, welche gut zerfallen, werden am besten in heißem Zuckerwasser oder Bier gegeben. Störungen von seiten des Magendarmkanals hat Topp (1), der das Mittel bei Nerven- und Geisteskranken verwendete, nie beobachtet. Der Schlaf trat durchweg nach Dosen von 1.0—1.5 g ein; mit geringeren Dosen konnte er nicht erzielt werden. Die Dauer des Schlafes betrug 4—7 Stunden; gewöhnlich trat 20 Minuten bis ½ Stunde nach Einnahme der Tabletten angenehm empfundenes Ermüdungsgefühl ein, das rasch in Schlummer und ruhigen Schlaf überging. Letzterer machte einen durchaus natürlichen Eindruck. Nach dem Erwachen fühlten sich die Patienten zumeist völlig frisch, beschwerdefrei; selten wurde über nachwirkendes Ermüdungsgefühl geklagt. Schwindel und eigentliche Benommenheit war nach obigen Dosen, die Verf. nur vereinzelt überschritten hat, niemals vorhanden. Völlig refraktär gegen Aleudrin erwiesen sich drei Fälle: eine Lues cerebri, ein Tumor cerebri, eine Meningitis tuberculosa; bei diesen Fällen, die mit besonders heftigen Kopfschmerzen einhergingen, war eine genügende analgetische oder hypnotische Wirkung nicht zu erzielen. Brauchbar erwies sich das Mittel dagegen bei Neuralgien, bei Tabikern mit lancinierenden Schmerzen, sowohl als schmerzlinderndes wie als schlafbringendes Medikament; ebenso hat T. es mit deutlichen Erfolgen in refracta dosi (0,5 g 3- bis 4 mal täglich) als Sedativum bei manischen Erregungszuständen, bei Delirium alcoholicum und bei Aufregungszuständen im Anschluß an Entziehungskuren verordnet. Gerade hier scheint ihm eine Hauptdomäne seiner Verwendung zu liegen.

Becker (2) hat das Aleudrin bei erregten Geisteskranken verwendet, die alle schon mehr oder minder an narkotische Mittel gewöhnt waren. Die kleinen Dosen (1,0 g), mit denen B. zunächst anfing, erwiesen sich bei diesem

Krankenmaterial im allgemeinen als unzureichend. Immerhin ließe sich mit dieser Dosis, wie auch mit der von 1,5 g bei Patienten, bei denen einerseits die Erregungszustände und andererseits die Gewöhnung an Narkotica keinen hohen Grad erreicht hatten, schon Erfolge erzielen. Bei hochgradig erregten Patienten mit Gewöhnung an stärkste Schlafmittel versuchte B. die bei diesen sonst angewendete Hyoscin-Morphinspritze durch Aleudrindarreichung per os zu ersetzen. Bei Anwendung von Dosen von 3,0 g war dieses Vorgehen manchmal von Erfolg begleitet. Dem etwas verzögerten Eintritt der Wirkung, wie er bei per os gegebenen Mitteln gegenüber subkutan injizierten unausbleiblich ist, vermochte Verf. erfolgreich durch eine hydropathische Einpackung des ganzen Körpers aufzuhelfen. Jedenfalls verdient nach B. das Aleudrin auch in den Fällen, in denen sonst Morphin-Hyoscin angezeigt ist, Beachtung. Recht gute Wirkung sah er ferner, wo er 3,0 g Aleudrin mit der Absicht einer protrahierten sedativen Wirkung an Stelle der sonst von ihm meist gegebenen 2,0 g Sulfonal gab. Hier sah er vom Aleudrin raschere und sichere Wirkung als vom Sulfonal. Auch hat B. mit gleich befriedigendem Resultat die 3,0 g Aleudrin in refraktären Dosen in ihm geeignet scheinenden Fällen gegeben. Besonders rühmt er die größere Unschädlichkeit des Aleudrins gerade gegenüber dem Sulfonal. Nie wurde der Puls schlecht, nie konnte B. Eiweiß im Urin finden, nie war etwas von nachträglichem Unbehagen bei den Patienten zu bemerken, nie konnten irgendwelche sonstigen Nebenwirkungen beobachtet werden, so daß Verf. den Eindruck gewann, daß man gegebenenfalls bei kräftigen und körperlich gesunden Männern auch mit 4,0 oder gar 5.0 g einen Versuch wagen dürfte.

Hirschberg (3) hat das Aleudrin bei Neurasthenikern verwendet, bei denen eine dauernd bestehende Erregung keine rechte Ruhe zustandekommen ließ. Er empfiehlt das Präparat als ein gutes Sedativum und Hypnoticum. Die Dosis schwankt in den von ihm beobachteten Fällen zwischen 2 bis 3 Tabletten am Tage resp. 1 bis 2 Tabletten vor dem Schlafengehen. Kr.

Dr. G. Campora: **Ueber die Salicylosalicylsäure.** (La Clinica Medica Italiana, 1912, S. 315.)

Der Verf. hat in der Medizinischen Klinik der Universität Genua etwa 60 Fälle von akutem und subakutem Gelenkrheumatismus, Angina, Ischias, Neuralgien und Muskelrheumatismus mit Diplosal, der Salicylosalicylsäure, behandelt. Selbst in schweren Fällen waren Dosen von 4—6 g pro die sehr wirksam. Ganz besonders hebt der Verfasser die stark analgetische Wirkung des Mittels hervor, sowie das Fehlen unangenehmer Nebenwirkungen. Die Vorzüge des Präparates sind dadurch bedingt, daß es den Magen völlig unverändert passiert, also hier auch keine Störungen verursachen kann, dagegen im Darm langsam und gleichmäßig resorbiert wird, wodurch jede übermäßig heftige Aktion ausbleibt. Es fallen auch die schwächenden heftigen Schweißausbrüche fort. B.

Dr. **Ludwig Weil** (München): **Schilddrüsenpräparate gegen Sterilität?** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. sah in drei Fällen bei Frauen, die 3—7 Jahre verheiratet steril geblieben waren, nach Verabreichung von Jodothyrintabletten wegen Anschwellung der Schilddrüse Gravidität eintreten. Verf. hält es für möglich, daß hier ein kausaler Zusammenhang vorliegt, und fordert zur Nachprüfung seiner Beobachtung an geeigneten Fällen auf.

Medizinalpraktikant **S. Heilbronn** (Mainz): **Zur Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. berichtet über die in der Mainzer Hebammenlehranstalt mit Pituitrin und Pituglandol „Roche" gemachten Erfahrungen, welche mit den anderwärts gemachten Erfahrungen übereinstimmen: Die Hauptindikation für Pituitrin ist Wehenschwäche in der Austreibungszeit. Die, wenn auch seltenen, Versager mahnen, sich nicht unbedingt auf das Mittel zu verlassen, sondern mit der Möglichkeit zu rechnen, daß es auch einmal im Stich lassen könnte. Nach jeder mit Injektion des Extrakts behandelten Geburt ist es wichtig, die Nachgeburtsperiode genau zu überwachen, um bei einer etwa eintretenden atonischen Blutung sofort handeln zu können. Mit diesen Kautelen kann das Hypophysenextrakt vor allem auch dem praktischen Arzt, dem er oft von besonderem Wert sein dürfte, bei protrahiertem Geburtsverlauf, vorausgesetzt, daß Becken und Kindslage normal sind, unbedenklich empfohlen werden. R. L.

Diätetische Therapie.

Dr. **Arpád v. Torday**, Univ.-Doz., Leiter d. Laborat. d. 1. intern. Univ.-Klinik in Budapest: **Die Bedeutung der Hafermehlkur bei der Zuckerkrankheit.** (Pester medizin-chir. Presse, 1912, No. 45.)

v. Noorden beobachtete bei Diabetikern häufig eine Acetonurie und ein Ansteigen des Zuckergehaltes, wenn die Kohlehydrate entzogen werden; der Zustand besserte sich nur dann, wenn dem Patienten der Genuß von Kohlehydraten wieder gestattet wurde. v. Noorden hält die niederen Fettsäuren für die Quelle der Acetonurie, besonders den Genuß von Butter, während Magnus-Levy die höheren Fettsäuren beschuldigt. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß wir in der diätetischen Therapie des Diabetes mellitus uns einer Individualisierung befleißigen müssen und nicht imstande sind, zum Erreichen der Zuckerfreiheit ein Verfahren von allgemeiner Gültigkeit zu empfehlen. In leichten Fällen läßt sich die Zuckerfreiheit durch die Entziehung der Kohlenhydrate leicht erzielen, in den mittelschweren und schweren Fällen aber nur nach Erkennung der Individualität des Kranken und der Anpassung der Diät an dieselbe. Diese verschiedene Modifizierung der Diät läßt ein Verfahren als wünschenswert erscheinen, mit dessen Hilfe man eine Zuckerfreiheit auf eine relativ leichte Weise erzielen kann, und dies um so mehr, da der Kranke der strengen Diät früher oder später überdrüssig wird, so sehr wir auch bemüht sind, für eine Abwechselung zu sorgen. Das Verfahren besteht in dem Verabfolgen der Hafermehlsuppe, das von v. Noorden bereits im Jahre 1902 empfohlen wurde. In ausgedehnterem Maße wird die Hafermehlsuppe erst in der letzten Zeit verabreicht, und zwar in einer etwas modifizierten Form. Ihr Vorteil besteht darin, daß der Kranke eine größere Menge von Kohlehydraten bekommt, was früher untersagt war, und daß er diese Kohlehydrate bis zu einer gewissen Grenze auch assimilieren kann. Das Geheimnis des Erfolges liegt darin, nach welcher vorbereitenden Kur die Kohlehydrate dem Patienten gereicht werden und in welcher Form.

Verf. hat bei seinen Patienten den Eindruck gewonnen, daß die Hafermehlkur keine spezifische Wirkung besitzt, doch gelingt es oft mit derselben, eine Zuckerfreiheit zu erzielen, wenn man sie mit Gemüse- und Fettagen kombiniert. Ihre Wirkung ist eine individuelle und kann im voraus nicht berechnet werden. Auf die Ausscheidung des Acetons und Diacetons wirkt sie gewöhnlich günstig ein. Da die Eintönigkeit der Fett- und Gemüsetage durch Kohlehydrattage unterbrochen werden kann, muß die v. Noordensche Hafermehlkur und im allgemeinen die Anwendung von Kohlehydraten als eine zweckmäßige Errungenschaft betrachtet werden. Sie ist besonders in schweren und mittelschweren Fällen angezeigt, sowie im allgemeinen in jedem Falle, in dem eine Toleranz nur um den Preis einer länger dauernden kohlehydratfreien Diät erzielt werden kann. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

a) Externe medikamentöse Therapie.

Dr. v. **Einsiedel** (Dresden): **Einiges über die Wirkung des Opsonogens.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. hat die unter der Bezeichnung Opsonogen von der „Chemischen Fabrik Güstrow" in den Handel gebrachte Staphylokokken-Vaccine bei 82 Patienten angewendet, von denen 43 an Furunkulose, 6 an Furunkulose und Akne und 33 an Akne litten. Zuerst hatte er an sich selbst (er litt an chronischer Furunkulose, welche vorher innerlich und chirurgisch ohne genügenden Erfolg behandelt worden war) die günstige Wirkung des Präparats erprobt. Die Einspritzungen haben zunächst eine günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden. Was die örtliche Wirkung auf den Furunkel anlangt, so wird alles, was von dem infiltrierten Herd noch nicht nekrotisiert bezw. eingeschmolzen ist, gerettet. Das Infiltrat schwillt ab, blaßt ab und wird in relativ kurzer Zeit resorbiert. Der nekrotische Pfropf stößt sich entweder mit einem Tröpfchen Eiter zusammen spontan los oder wird erweicht und resorbiert oder trocknet ein und stößt sich nach einigen Tagen als kleine trockene Borke los. Nur in vorgeschritteneren Fällen wird ein Einstich oder wenigstens Absaugen des Eiters nötig. Eine volle Opsonogenwirkung ist nur dann zu erwarten, wenn es sich um reine Staphylokokkenerkrankung und nicht um Mischinfektion handelt. Bei Akne tritt die Wirkung weniger schnell ein, da hier außer Staphylokokken andere Infektionskeime eine Rolle spielen. Die schwersten Fälle von Akne sind am besten zu beeinflussen. Bei chronischen Staphylokokkenerkrankungen ist eine genügend lange Behandlungsdauer erforderlich. Ist die Dosis zu gering, so bleibt der Erfolg aus; ist sie zu hoch, so kommt es leicht zu allzu starken oder, besonders bei Akne-Patienten, zu zwar ungefährlichen und schnell wieder verschwindenden, aber den Kranken leicht erschreckenden Nachschüben oder anderen Hautveränderungen. Die Anfangsdosis beträgt im allgemeinen 50 Millionen Staphylokokken. Bei den nächsten Injektionen läßt man eine Steigerung um etwa 50 Millionen Staphylokokken eintreten. Machten dann 200 Millionen keine besonders störenden Erscheinungen, so steigert Verf. um 100 Millionen Staphylokokken. Als höchste Einzeldosis hat Verf. 1500 Millionen erreicht. Nach der Heilung injiziert er alle 4 Wochen eine Dosis von 200 Millionen Staphylokokken zur Verhütung von Rezidiven einige Zeit-


Hugo Leitholf
Chem. Fabrik
Krefeld.
Leitholf's
wasserhelle
Sauerstoff-
Bäder.
Keine Färbung an Wannen.
Reiche, gleichmässige Entwicklung.
Preiswürdigkeit.


Mesbé


Dr. Schleussner's
RÖNTGEN
SPECIAL-PLATTEN

lang. Im allgemeinen injiziert er das Opsonogen in Intervallen von 3—4 Tagen. Die Injektionen wurden meist unter die Rückenhaut gemacht. Entzündliche Erscheinungen traten dabei niemals auf. Versuchsweise injizierte Verf. in 3 Fällen direkt am Krankheitsherd, und zwar etwa 1½ cm unterhalb des unteren Randes der Infiltration. Der Erfolg war ausgezeichnet. Was die Gesamterfolge anlangt, so blieben 7 Patienten aus der Behandlung vorzeitig fort. Von den übrigen Patienten waren 44 Furunkulosen mit 37 Heilungen und 7 Besserungen und 37 Fälle von Akne mit 6 Heilungen und 31 Besserungen durch Opsonogenbehandlung.

Dr. **O. Retzlaff** (Magdeburg): **Ueber das Scharlach R medicinale „Kalle" und seine Ersatzpräparate, das Pellidol und Azodolen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. berichtet aus der chirurgischen Abteilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg über die mit der Scharlachrotsalbe und ihren Ersatzpräparaten gemachten Erfahrungen. Er kann die überall berichteten günstigen Erfahrungen bestätigen. Besonders bewährte sich die Scharlachrotsalbentherapie bei ausgedehnten Verbrennungen und Verätzungen in solchen Fällen, in denen man aus äußeren Gründen auf Transplantation verzichten mußte. Verf. teilt als Beispiel 4 Fälle genauer mit. Ein großer Vorteil der Scharlachrotsalbenbehandlung ist die Bildung einer normalen Haut, nicht einer solchen von Narbengewebe. Diese normale, durch die Scharlachsalbe erzeugte Haut zeigt mikroskopisch alle Schichten der Epidermis. Daher fehlen auch Narbenkontrakturen. Als Vorbedingung für die Anwendung der Scharlachrotsalbe hatte Schmieden die gesunde Beschaffenheit der Granulationen in Verbindung mit ihrer Reizlosigkeit angegeben. Demgegenüber trug Vortr. kein Bedenken, auch auf sezernierende Wundflächen die Scharlachrotsalbe zu bringen, und sah keinen Nachteil davon. Man erlebt häufig auch auf großen Wundflächen, die noch ziemlich stark absondern, daß mitten in dem Wundgebiet kleine Inseln aufschießen, von denen aus die Ueberhäutung um so schneller vor sich geht. Man muß nach Verf. wohl annehmen, daß auf den Granulationsflächen Drüsenschläuche stehen geblieben sind, in deren Ausführungsgängen die Scharlachrotsalbe bald Epithelinselchen bildet. Um schlaffe und glasige Granulationen, die unter der Wirkung der Salbe entstanden waren, zu beseitigen, erwies sich die Borsalbe, noch mehr die 1—2 proz. Arg. nitric.-Salbe geeignet; es wird hierdurch eine frische Granulationsbildung angeregt. Nach einigen Tagen kann man dann wieder zur Scharlachrotsalbe zurückkehren. Als Ersatz des Scharlachrots wird auch der wirksame Bestandteil desselben, das Amidoazotoluol, empfohlen; nach einem Mißerfolg mit diesem Mittel nahm Verf. von weiteren Versuchen damit Abstand. Neuerdings wurde nun von der Firma Kalle & Co. (Biebrich) unter der Bezeichnung Pellidol ein neues Ersatzpräparat für das Scharlachrot in den Handel gebracht; Pellidol ist das Diazetylderivat des Amidoazotoluols. Die Verbindung bildet hellziegelrote Nadeln vom Schmelzpunkt 65° oder dicke, rote, dem Kaliumbichromat ähnliche Kristalle vom Schmelzpunkt 75°; es kommt als blaßrotgelbes Pulver in den Handel. Verunreinigungen an Wäsche und Händen sind leicht durch Waschen mit Seife zu entfernen. Pellidol ist in Aether, Alkohol, Eisessig, Aceton, Chloroform, Benzol etc. leicht löslich, ferner in Vaselin, Fetten und Oelen, unlöslich dagegen in Wasser. Ein Gemisch von gleichen Teilen Pellidol und Jodolen wird unter dem Namen Azodolen in den Handel gebracht. In letzter Zeit wandte Verf. anstatt der 8 proz. Scharlachrotsalbe ausschließlich das Pellidol an, und zwar entweder als 2 proz. Pellidolvaseline oder mit Bolus alba als 2 proz. Pellidolbolus. Die Erfolge waren durchweg sehr gut; gerade mit Pellidolbolus wurden in einzelnen Fällen ausgezeichnete Erfolge erzielt, so besonders bei einem Patienten mit Ulcus cruris auf varicöser Basis. Auch vom Azodolen, das sich besonders für luetische Ulcera eignen dürfte, wurden gute Erfolge gesehen. Reizzustände durch das Pellidol wurden außer bei einem alten dekrepiden Manne, der an einer Hautatrophie infolge rezidivierenden Ulcus cruris und Ichthyosis litt, in keinem Falle gesehen. Daher ist nach Verf. auch nicht nötig, indifferente Salben auf die Wundfläche zu bringen, um schlaffe Granulationsbildung zu verhindern, wie dies bei der Scharlachrotsalbe nötig ist. R. L.

---

b) Operative Verfahren (einschl. Geburtshilfe).

Stabsarzt Dr. **Wilhelm Wolf** (Leipzig): **Erfahrungen mit der von Nilson angegebenen Modifikation der Narathschen Varicocelenoperation.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 41.)

Narath hat im Jahre 1900 folgende Operationsmethode der Varicocele angegeben: Nach Spaltung der Haut und der Aponeurose des M. obliquus externus in der Richtung des Leisten sucht man die erweiterten Venen des Plexus pampiniformis im Leistenkanal auf und unterbindet sie möglichst hoch oben doppelt. Nach Durchtrennung der Venen zwischen den beiden Ligaturen schlüpft der zentrale Stumpf durch den Annulus inguinalis internus in die Bauchhöhle zurück. Sodann werden die Venen nach abwärts isoliert, ligiert und entfernt. Gewöhnlich liegen auch die distalen Venenligaturen außerhalb des Leistenkanals. Nach der nunmehr erfolgenden Vernähung des M. obliquus internus bezw. transversus mit dem Poupartschen Band nach Bassini werden die distalen Ligaturen zwischen oberflächlicher und tiefer Nahtschicht möglichst hoch oben an die Musulatur angenäht und hierauf der Schlitz in der Aponeurose des Obliquus externus geschlossen. Später hat Narath zuweilen auch den peripherischen Stumpf am Periost des Os pubis oder am Fascienansatz befestigt. Neuerdings hat Nilson (Carlskrona) die Narathsche Operation modifiziert. Den langen peripherischen Venenstumpf, der nach Spaltung der Aponeurose des Obliquus externus und hoher Ligatur der Venen des Plexus pampiniformis hoch oben im Leistenkanal entsteht, ligiert er nicht tief unten noch einmal und trennt ihn nicht ab, sondern benutzt ihn als Aufhängeband für den Hoden, indem er ihn durch ein „Knopfloch" hindurchzieht, das durch Durchbohrung des Obliquus internus bezw. seiner Aponeurose etwa 2 cm oberhalb des unteren Randes des Muskels gebildet wird. Der peripherische Venenstumpf wird, nachdem der Hoden an diesem Aufhängeband soweit hochgezogen wurde, bis man ihn an der Vorderseite der Symphyse palpieren kann, durch Knotung im Knopfloch befestigt; das Abgleiten des Venenknotens wird durch eine im Lig. Poupart. nahe am Tuberculum pubicum befestigte Ligatur des unteren Stumpfes und durch einige Nähte zwischen den Schlingen des Knotens verhindert. Die tiefe Bassininaht wird nach Bedarf hinzugefügt. Verf. hat diese Nilsonsche Operation in 8 Fällen bei Soldaten mit bestem Erfolg ausgeführt, worüber er näher berichtet. Die Operation läßt sich in Lokalanästhesie ausführen.

Prof. **O. Küstner** (Berlin): **Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Verf. tritt auf Grund seiner Erfahrungen für den reinen extraperitonealen Kaiserschnitt ein. An seiner Klinik wurde die Operation bisher in 72 Fällen ausgeführt. Die Methode ist folgende: Nach vorheriger Blasenfüllung Längsschnitt einige Zentimeter von der Linea alba entfernt auf der Seite des Hinterhauptes, oder, wenn die Blase exquisit extramedian liegt, auf der Seite der kleineren Blasenhälfte. Stumpfes Auseinanderdrängen der Muskulatur, stumpfes Abdrängen des Peritoneums von der Blase, stumpfes Nachobendrängen der Plica paravesicalis, bis die Cervix peritoneal entblößt in genügender Ausdehnung freiliegt. Längsschnitt in die Cervix, Anfassen des Kindskopfes über der kleinen Fontanelle mit einer Hakenklemme, Anlegen einer geraden Kaiserschnittzange. Nach Pituitrinverabreichung spontane Elimination der Placenta oder Credé. Naht der Uteruswunde, Naht des größten Teiles der Bauchwunde bis auf den unteren Winkel, aus dem ein Gazestreifen, mit dem die paracervicale, paravesicale Bindegewebswunde versehen wird, hervorragt. Allmähliche Kürzung des Gazestreifens. Die Indikation gab fast ausschließlich das enge Becken mit seinen Komplikationen ab. Einige Male handelte es sich um hintere Scheitelbeinstellung, bei hochgradiger Cervixdehnung, welche die Wendung verbot. Im allgemeinen wurde operiert, wenn evident war, daß das Kind ungeschädigt das Becken nicht passieren konnte. Trotzdem vielfach bei sehr schlechtem Zustand des Kindes operiert wurde, betrug die Zahl der toten Kinder bei den 72 extraperitonealen Kaiserschnitten nur 4. — Seitens der Mutter wurde in keinem Falle eine Einschränkung für den extraperitonealen Kaiserschnitt gesehen. Vielfach wurde operiert, wo Infektionsverdacht oder sicher schon Infektion vorlag, bei stinkendem Fruchtwasser, Physometra, Fieber. Seitdem an der Klinik der extraperitoneale Kaiserschnitt gemacht wird, wurde kein lebendes Kind perforiert. — Beim extraperitonealen Kaiserschnitt kamen im ganzen 6 Blasenverletzungen vor. Alle sind nach sorgfältiger Naht und Dauerkatheterismus geheilt. — Nach keinem extraperitonealen Kaiserschnitt trat irgendwelcher Grad von Darmlähmung auf. — Gegen die extraperitoneale Methode hat man eingewendet, daß die große Bindegewebswunde importierte Keime schlechter vertrüge als das Peritoneum. Verfassers Erfahrungen sprechen gegen diese Meinung. Wenn auch bei den schwer infizierten Kreißenden, welche operiert wurden, gelegentlich eine länger dauernde Eiterung bestand, kam es doch niemals zu einer schweren progredienten Zellgewebsentzündung. Die Operation ist nicht immer einfach; sie kann nicht ohne weiteres im Privathause, besonders nicht bei ungenügender Beleuchtung gemacht werden; sie ist zunächst den Kliniken und Krankenhäusern vorzubehalten. Die Mortalität an Keimwirkung in den 72 Fällen war gleich Null. Eine Operierte starb unmittelbar nach der Operation an Narkosenwirkung. Wenn die Operation extraperitoneal intendiert ist, aber die Plica weit aufreißt und manifeste Zeichen der Infektion vorliegen, so wird man transperitoneal operieren, die Cervix nähen und das Peritoneum mit Gaze drainieren. — Der extraperitoneale Kaiserschnitt darf also nach Verf. in allen den unreinen Fällen angewendet

werden, in denen bisher die Perforation des lebenden Kindes unumgänglich und für die Mutter das lebenssicherste zu sein schien. R. L.

Diagnostische Technik.

Peter Bergell (Berlin): **Zur Harnanalyse.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Vor Einführung der Kjeldahlschen Methode geschah die Stickstoffbestimmung im Urin u. a. mittels der Methode von Will-Varrentrapp. Diese besteht darin, daß durch Glühen mit Natronkalk die organische Substanz zerstört und das entweichende Ammoniak aufgefangen und bestimmt wird. In ihrer ursprünglichen Form ist die Methode unbequem. Verf. macht nun darauf aufmerksam, daß sie zu einer leicht zu handhabenden Schnellmethode wird, wenn man sich der in den letzten Jahren in der Chemie gebräuchlich gewordenen Quarzgefäße bedient; eine N-Bestimmung im Urin kann dann in 10—12 Minuten durchgeführt werden. Ein Reagenzglas aus Quarz wird mit 2 ccm Harn beschickt, einige Gramm N-freien Natronkalks aufgeworfen, mittels eines durchbohrten Gummistopfens und eines gebogenen Glasrohrs mit einer kleinen offenen Vorlage, die 20 ccm $^1/_{10}$ Normalsalzsäure und etwas Rosolsäure enthält verbunden. Es wird erst langsam das Wasser weggekocht, dann aufsteigend geglüht; Luftdurchleitung ist unnötig; ein kräftiger Bunsenbrenner genügt. Da durch Natronkalk die Quarzröhre angegriffen werden, bedient man sich besser reinen Calciumoxyds, mit dem die gleichen Resultate erhalten werden. Verf. teilt einige Analysen mit, welche zeigen, daß die Methode mit der Kjeldahlschen fast übereinstimmende Resultate ergibt. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Dezember 1912.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

1. **Fundstücke in einem Grabe eines antiken Arztes.**

Herr **E. Holländer**: Nach einer kurzen Einleitung über bisher gemachte Funde von antiken ärztlichen Instrumenten beschreibt H. einen neuen Fund, der, ihm vor einigen Monaten aus Panderma zugeschickt, aus einer griechisch-römischen Niederlassung Myllitotopolis am Bosporus stammt und dem letzten Jahrhundert vor Christi Geburt angehört. Das betreffende Arztgrab enthielt: ein gut erhaltenes Etui mit chirurgischen Instrumenten, ein zerbrochenes Gefäß mit Medikamenten in Tabletten- und Zäpfchenform, einen Topf aus Terrakotta, nach dem Prinzip des Stehaufmännchens verfertigt, und eine Glasspritze von der Form einer Heberpipette, die Vortr. für eine Ohrenspritze hält und für ein Unikum erklärt. Die von Prof. Wolffenstein einer qualitativen Analyse unterzogenen Medikamente enthielten Kupfer, Eisen, Zink und Magnesium bezw. Blei, Natrium und Calcium.

2. **Ein dritter Weg zur totalen Rhinoplastik.**

H. hat ein Verfahren erdacht, welches nach seiner Ansicht die Vorzüge der bekannten beiden alten Methoden, der sogen. indischen und der italienischen, in sich vereinigt. Er überpflanzt nämlich die Sternalhaut, die an Plastizität der Stirnhaut überlegen ist. Die Basis des schräggestellten Lappens legt man auf die linke oder die rechte Brustseite. Die Sternalhaut wird alsdann hochgehoben und ohne jede Stieldrehung auf die Nase genäht, wozu der Kopf in gebeugter Lage fixiert werden muß. Voraussetzung für die Ausführbarkeit der Methode ist, daß die Entfernung einer Mamille vom Sternoclavikulargelenk der anderen Seite größer ist, als die Entfernung der Mamille vom Nasenrücken bei gebeugtem Kopfe. (Demonstration der Abbildungen eines nach diesem Prinzip operierten Falles, bei dem die einzelnen Phasen der Operation photographisch fixiert wurden.)

Tagesordnung:

Ueber Radium- und Mesothoriumbehandlung bei Hautkrankheiten.

Herr **Edmund Saalfeld** stellt mehrere Patienten mit Hautkrankheiten vor, die durch Auflegen einer Radium- oder Mesothoriumkapsel größtenteils geheilt wurden beziehungsweise sich in erfolgreicher Behandlung befinden; so mehrere Kankroide des Gesichts, einen Lupus vulgaris faciei et colli, einen ausgebreiteten Naevus flammeus des Gesichts. Im Anschluß an die Demonstration präzisiert S. seinen Standpunkt bezüglich der Indikationen und Kontraindikationen der in Frage stehenden Behandlungsmethode. Für diese sind indiziert diejenigen Kankroide, welche langsam wachsen und klinisch einen weniger bösartigen Eindruck machen. Kontraindiziert ist dagegen Radium und Mesothorium bei denjenigen Hautkrebsen, die von vornherein ein schnelles Wachstum und dementsprechend einen ausgeprägt bösartigen Charakter zeigen. Hier soll nicht erst ein Versuch mit Radium oder Mesothorium gemacht, sondern sofort das Messer des Chirurgen in Anspruch genommen werden.

Weiter indiziert ist Radium und Mesothorium bei Keloiden, bei hartnäckigen Lichen ruber planus- und verrucosus-Plaques, bei stark verdickten resistenten Psoriasisplaques, bei isolierten Lupusknötchen und kleineren Lupusplaques. Nur ganz ausnahmsweise gestattet ist die Radium- und Mesothoriumbehandlung beim Xanthoma palpebrarum wegen der unbequemen Applikation der Kapsel, außerdem wegen des bisweilen unschönen Aussehens der resultierenden Narbe. Bei ausgedehnten Angiomen, die jeder anderen Therapie trotzen — aber nur bei solchen — ist Radium und Mesothorium angezeigt. Dringend warnt S. wie vor der kritiklosen Anwendung der Röntgenstrahlen so auch vor der nicht ganz streng indizierten Anwendung von Radium und Mesothorium bei kosmetischen Hautleiden. Nur wo bei diesen Affektionen alle übrigen therapeutischen Maßnahmen im Stiche lassen, ist ein Versuch mit Radium und Mesothorium gestattet. Zu dieser Anschauung wird S. veranlaßt durch die Tatsache, daß es eine Idiosynkrasie ebenso wie gegen Röntgenstrahlen so auch gegen das Radium und Mesothorium gibt.

Um die Wirkung des Radiums und Mesothoriums zu erhöhen, empfiehlt S. bei sehr hartnäckigen Fällen vor Auflegen der Kapsel die betreffende Stelle für fünf bis zehn Sekunden mit Kohlensäureschnee zu vereisen. (Bericht des Vortragenden.)

IV. Bücherschau.

Das Kind in Brauch und Sitte der Völker. Völkerkundliche Studien von Dr. **Hch. Ploss.** Dritte, gänzlich und stark vermehrte Auflage. Herausgegeben von Dr. phil. B. Renz. 2. Band mit 274 Abbildungen im Text. Leipzig 1912, Verlag von Th. Grieben (L. Fernau). Preis: brosch. 18 M., geb. 20 M.

Den ersten Band des „Kindes" konnten wir vor wenigen Monaten empfehlend an dieser Stelle anzeigen (1912, No. 6 dieser Zeitung). Der vorliegende zweite Band hat das gehalten, was der erste versprach. Ein ganz kolossales ethnographisch-ethnologisches Material ist hier zusammengetragen und geschickt verarbeitet worden. Der Arzt wird auch in dem 2. Bande vieles finden, was von großem Interesse für ihn ist. Wir erwähnen z. B. die Kapitel „Das Zahnen", ferner ein aktuelles Thema, „Die Operationen am Kindesschädel" (Schädelverbildung), weiter „Pflege, Abhärtung, Charakterbildung und körperliche Züchtigung des heranwachsenden Kindes". Wer sich besonders um soziale Aufgaben bemüht, wird viel Wissenswertes in den Abschnitten finden, die über die Heranziehung des Kindes zur körperlichen Arbeit handeln oder die die Rechtsverhältnisse des legitimen und illegitimen Kindes, weiter das Adoptiv-, Pflege- und Ziehkind betreffen. Ein alphabetisches Verzeichnis der Quellen und der behandelten Völker beschließt das interessante Buch. R.

Die nasalen Reflexleiden in ihren Beziehungen zur chirurgischen und gynäkologischen Diagnostik. Von Dr. **Arnold Siegmund** in Berlin-Wilmersdorf. Berliner Klinik, September 1912, Heft 291. Berlin, Fischers medizin. Buchhandlung (H. Kornfeld). 33 S. 1,20 M.

Verf. gehört seit Jahren zu den eifrigsten Vorkämpfern der besonders von Fliess aufgestellten Lehre von den nasalen Reflexleiden und ist schon vielfach in Wort und Schrift für diese Lehre eingetreten. In der vorliegenden kleinen Arbeit bringt er weiteres kasuistisches Material bei, um zu zeigen, daß der Chirurg und der Gynäkolog aus der Lehre von den nasal heilbaren Reflexleiden Nutzen ziehen kann. Die meisten Verwechselungen zwischen nasalen Reflexleiden und operativ zu behandelnden Krankheiten kommen nach Verf. in den Krankheitsgebieten von Nerven, Venen und von Bauchorganen vor, und von letzteren besonders in denen des Wurmfortsatzes, der Gallenblase, der Nieren, der Eierstöcke und der Gebärmutter. Aus allen diesen verschiedenen Gebieten bringt Verf. Beispiele nasal geheilter Kranker; z. T. handelt es sich um Kranke, bei denen schon vorher von anderer Seite operiert worden war, ohne daß die erwartete Besserung der Beschwerden eintrat. Vielleicht wird ein skeptisch veranlagter Leser die hier mitgeteilten 16 Fälle nicht als genügendes Beweismaterial für die zumeist etwas wunderbar erscheinende Lehre von den nasalen Reflexleiden anerkennen. Immerhin lohnt es sich, von ihr Kenntnis zu nehmen und sie in geeigneten Fällen nachzuprüfen.

Die klinische Frühdiagnose des Krebses. Von Dr. **Sehrt** (Freiburg i. Br.), Spezialarzt für Chirurgie. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 12, H. 10. Würzburg 1912, Verlag von Curt Kabitzsch. 21 S. 0,85 M.

Die kleine Abhandlung gibt einen kurzen Ueberblick über die klinischen Symptome der beginnenden Carcinome sämtlicher Organe sowie über die zu ihrer Erkennung der moder-

nen Medizin zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden. Infolge knapper, jede Weitschweifigkeit vermeidender Darstellung bringt Verf. auf geringem Raum verhältnismäßig viel, was besonders für die Frühdiagnose der Carcinome des Verdauungstraktus gilt. Die Schrift wird daher den Allgemeinpraktikern gute Dienste leisten.

Die Zuckerkrankheit (Diabetes); ihre Ursache und Bekämpfung. Gemeinverständlich dargestellt von Dr. med. **O. Burwinkel**, Kurarzt in Bad Nauheim. (Der Arzt als Erzieher, Heft 24.) 3. Auflage. München 1912, Verlag der ärztlichen Rundschau, 1912. 30 S. 1,20 M.

Die Schrift ist zur Aufklärung weiterer Kreise über das Wesen der Zuckerkrankheit bestimmt und wird auch diesen Zweck erfüllen, da sie durchaus verständlich abgefaßt ist. Mit Recht vermeidet es der Verfasser, zu sehr auf Einzelheiten einzugehen oder irgendwie Anleitungen zur Selbstbehandlung zu geben. Ueberall wird der Leser auf die Notwendigkeit ärztlicher Ueberwachung und Behandlung hingewiesen.

Der Fall Gogol. Von **Otto Kaus.** Schriften des Vereins für freie psycho-analytische Forschung, No. 2. München 1912, Verlag von Ernst Reinhardt. 81 S. 2 M.

In der vorliegenden Schrift versucht der Verfasser den psychoanalytischen Nachweis, daß das dichterische Schaffen des russischen Dichters Nikolaus Gogol mit seiner psychischen Persönlichkeit und seinem Lebensgange in engster Beziehung steht, was ja wohl bei jedem echten Dichter der Fall sein wird. Die Schrift wird jeden Kenner der Schriften Gogols interessieren. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Eine Folge scheinen die Angriffe, die von ärztlicher und juristischer Seite gegen den preußischen Minister des Innern aus Anlaß seiner Verfügung über die **Rechtsfähigkeit kassenärztlicher Vereine** gerichtet wurden, bereits gezeitigt zu haben: es soll demnächst der Ausschuß der preußischen Aerztekammern mit dieser Frage befaßt werden. Erst nachdem er sich geäußert, „sollen die Erwägungen abgeschlossen werden, die die Entscheidung darüber bringen, unter welchen Voraussetzungen derartigen ärztlichen Vereinen die Rechtsfähigkeit verliehen werden kann". Da der Ausschuß der preußischen Aerztekammern keine juristische Instanz ist, so ist nicht recht einzusehen, was er in dieser Frage Neues beibringen soll, und es scheint daher die nachträgliche Stellungnahme des Aerztekammerausschusses lediglich die Motivierung für die vielleicht schon jetzt beabsichtigte Aufhebung des Ministerialerlasses liefern zu sollen.

— Unter dem 16. Dezember v. J. ist eine königliche Verordnung betreffs **Errichtung einer Standesvertretung für Zahnärzte** ergangen, worin die Schaffung einer **Zahnärztekammer** für das Gebiet des Königreichs Preußen mit dem Sitz in Berlin angeordnet wird. Der Geschäftskreis der Zahnärztekammer soll die Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten umfassen, die den zahnärztlichen Beruf, insbesondere die zahnärztliche Fortbildung, die zahrärztlichen Standesinteressen und die Zahngesundheitspflege betreffen. Die Zahnärztekammer soll befugt sein, innerhalb ihres Geschäftskreises Vorstellungen und Anträge an die Staatsbehörden zu richten; die Staatsbehörden sollen ihr auch Gelegenheit geben, sich über Fragen ihres Geschäftskreises gutachtlich zu äußern. Die Mitglieder der Zahnärztekammer werden getrennt nach Provinzen gewählt; der Landespolizeibezirk Berlin bildet einen eigenen Wahlbezirk. Jeder Wahlbezirk wählt zwei Mitglieder; erreicht die Zahl der Wahlberechtigten 20, so sind drei Mitglieder und für jede fernere 200 ein weiteres Mitglied zu wählen. Den Vorstand, der die Kammer nach außen vertritt, wählen die Mitglieder der Kammer.

— Durch Staatsvertrag zwischen dem Königreich Preußen und dem Fürstentum Waldeck vom 24. und 25. Oktober 1912 (veröffentlicht im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten, 1913, No. 1) sind die Aerzte der Fürstentümer **Waldeck** und **Pyrmont** an die Aerztekammer der preußischen Provinz Hessen-Nassau angeschlossen worden.

— Durch einen Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 5. Dezember 1912 ist den **Kreisärzten** die **vertrauensärztliche Tätigkeit** für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte freigegeben worden. Wie aus dem Erlaß hervorgeht, ist die Anregung dazu von dem Direktorium der genannten Anstalt ausgegangen, das offenbar in der möglichst ausschließlichen Zuziehung von beamteten Aerzten eine Erleichterung seiner Tätigkeit sieht. Ob damit auch den Interessen der Versicherten gedient sein wird, ist allerdings eine andere Frage.

Die **Aerztekammer für Schlesien** hat übrigens bereits in ihrer Sitzung vom 27. November 1912 in dieser Angelegenheit folgenden Antrag Magens einstimmig angenommen:

„Der Aerztekammerausschuß möge sich tunlichst bald mit dem Direktorium des Reichsversicherungsamtes in Verbindung setzen, um zu verhüten, daß die Begutachtung, welche bei Durchführung des Angestelltenversicherungsgesetzes erforderlich sein wird, in der Hauptsache nicht den behandelnden Aerzten entzogen wird, und daß auch bei der Durchführung des Heilverfahrens die behandelnden Aerzte und die privaten Heilanstalten nicht unnötigerweise geschädigt werden."

Hamburg. In Hamburg, dessen kassenärztliche Verhältnisse bisher ebenso unbefriedigend waren wie die der Reichshauptstadt, hat sich im Hinblick auf den immer näher rückenden Termin der Einführung der neuen Reichsversicherungsordnung eine **Einigungskommission** gebildet, welche die Neuordnung der Vertragsverhältnisse in die Hand nehmen will. Von prinzipieller Stellungnahme zu der Frage der freien Arztwahl wird dabei Abstand genommen. Vorsitzender der Kommission ist der Verwaltungssyndikus Prof. Pfeiffer, die 12 übrigen Mitglieder gehören zur Hälfte dem kassenärztlichen Verein, zur Hälfte der Sektion Hamburg des Leipziger Verbandes an.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die Ernennung des Straßburger Pädiaters Prof. Dr. Adalbert Czerny zum Ordinarius der Kinderheilkunde in Berlin ist jetzt amtlich publiziert worden.

Lübeck. An den Folgen einer beruflichen Infektion starb am 31. Dezember v. J. im Alter von etwa 50 Jahren der Regimentsarzt des 162. Infanterieregiments Oberstabsarzt Dr. E. H. Brill.

Dresden. Der bisherige Stadtverordnete Dr. med. Zumpe wurde zum unbesoldeten Stadtrat gewählt.

Straßburg i. E. Dem praktischen Arzt Dr. Edmund Blind hierselbst ist vom kaiserlichen Statthalter der Professortitel verliehen worden.

Wien. Die bisherigen Titular-Extraordinarien Privatdozenten Prof. Dr. Emil Redlich (Psychiatrie und Neurologie) und Prof. Dr. Wolfgang Pauli (innere Medizin) sind zu außerordentlichen Professoren ernannt worden. — Folgende Universitätsdozenten haben den Titel „außerordentlicher Universitätsprofessor" erhalten: Dr. Wilhelm Roth (Laryngologie), Dr. Emil Schütz (innere Medizin), Dr. Siegmund Erben (innere Medizin), Dr. Heinrich Winterberg (allgem. Pathologie), Dr. Gabriel Nobl (Dermatologie), Dr. Stephan Weidenfeld (Dermatologie), Dr. Karl v. Stejskal (innere Medizin), Dr. Otto Marburg (Neurologie), Dr. Wilhelm Falta (innere Medizin), Dr. Josef Meller (Ophthalmologie), Stabarzt Dr. Robert Doerr (Pathologie), Dr. Alfred Exner (Chirurgie) und Dr. Egon Ranzi (Chirurgie).

Graz. Der Privatdozent für innere Medizin Dr. Eugen Petry hat den Titel „außerordentlicher Universitätsprofessor" erhalten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Freiburg i. B. Eine zwanglose **„Vereinigung südwestdeutscher Augenärzte"** ist kürzlich mit bisher 94 Mitgliedern ins Leben getreten. Ihre erste Versammlung hielt sie am 8. Dezember v. J. in der Universitätsaugenklinik in Freiburg ab; die weiteren, einmal im Jahre stattfindenden Zusammenkünfte sollen einstweilen abwechselnd in Freiburg, Straßburg und Heidelberg stattfinden. Anfragen und Beitrittserklärungen sind zu richten an Prof. Axenfeld in Freiburg.

Halle a. S. Die 15. **Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie** findet vom 14. bis 17. Mai 1913 in Halle a. S. statt. Die Sitzungen werden in der Aula und im Auditorium maximum der Universität abgehalten. Das für die Verhandlungen bestimmte Thema lautet: „Die Beziehungen der Erkrankungen des Herzens und der Nieren sowie die Störungen der inneren Sekretion zur Schwangerschaft". Referenten sind die Herren Fromme, Zangemeister und Seitz.

Gerichtliches.

Berlin. Die Polizeiverordnungen, die vor etwa 10 Jahren für die einzelnen Provinzen des preußischen Staates gegen die **prahlerische Ankündigung von Heilmethoden** veröffentlicht wurden, sind bisher wohl ausschließlich gegen nichtapprobierte Heilgewerbler angewandt worden. Es dürfte daher ein Novum sein, daß kürzlich auch Aerzte auf Grund einer solchen Verordnung strafrechtlich verfolgt und schließlich auch verurteilt worden sind. Auf Grund der für den Landespolizeibezirk Berlin unter dem 21. August 1903 erlassenen Polizeiverordnung waren Dr. R. und Genossen angeklagt worden, weil sie durch Zeitungsinserate ankündigten, daß sie mit Salvarsan unerreichte Dauererfolge gegen

Syphilis erzielt hätten. Nachdem ein Sachverständiger ausgeführt hatte, daß Erscheinungen von Syphilis bisweilen nach einer Pause von Jahrzehnten bei einem scheinbar Geheilten wieder aufträten und daß auch noch keineswegs der Nachweis erbracht sei, daß durch Salvarsan Dauererfolge erzielt werden, wurden Dr. R. und Genossen verurteilt. Diese Entscheidung fochten Dr. R. und Gen. durch Revision beim Kammergericht an, indem sie sich vorwiegend darauf stützten, die Polizeiverordnung von 1903 beziehe sich nicht auf Aerzte. Der I. Strafsenat des Kammergerichts wies aber die Revision der Angeklagten als unbegründet zurück, da die Polizeiverordnung auch für Aerzte Gültigkeit habe. (Entscheidung vom 17. November 1912.)

Verschiedenes.

Hamburg. Die Lehre von der Syphilis hat durch die drei Entdeckungen der Spirochaeta pallida, der Wassermannschen Reaktion und des Salvarsan eine so tiefgreifende Wandlung erfahren, daß für viele Aerzte ein Bedürfnis nach spezieller Fortbildung auf diesem Gebiete vorhanden ist. Diesem Zweck dient der vom 2.—15. März d. Js. im Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg abzuhaltende **Syphiliskurs**, der einen Ueberblick geben soll über die Klinik der Syphilis und ihre Folgekrankheiten, ferner über die Bakteriologie, Serologie und pathologische Anatomie; auch die Geschichte der Krankheit, ihre Prophylaxe und die moderne Syphilistherapie finden gebührende Berücksichtigung. Das 1899—1911 erneuerte St. Georger Krankenhaus vereinigt in seiner 450 Betten umfassenden Geschlechtskrankenabteilung ein ungewöhnlich reiches Krankenmaterial. Nähere Auskunft erteilt die ärztliche Direktion.

Bad Elster. Der Verein zur Gründung und Unterhaltung eines **Heimes für Frauen und Witwen deutscher Aerzte in Bad Elster** (Sachsen) hat seit seiner Gründung (1908) jährlich mehreren notleidenden und kranken Witwen und Frauen deutscher Aerzte in Bad Elster mehrwöchige Badekuren teils gänzlich kostenlos, teils zu wesentlich herabgesetzten Preisen ermöglicht. Sein Bestreben, durch Gründung eines eigenen Heimes dauernd eine Wohltätigkeitseinrichtung für bedürftige Arztwitwen und -frauen zu schaffen, ist leider noch wenig bekannt. Da der Verein sich des besonderen Wohlwollens des sächsischen Staates, des Besitzers des Bades Elster, erfreut, auch bereits eine Stiftung von mehreren tausend Mark vorhanden ist, ebenso die Schenkung eines Bauplatzes versprochen wurde, brauchen sich nur noch möglichst viel Aerzte als Mitglieder zu melden, damit der Zweck des Vereins recht bald erreicht werde. Jahresbeitrag mindestens 5 M. jährlich, für ganze Vereine 2 M. pro Mitglied. Meldungen nehmen gern entgegen der Kassierer des Vereins Dr. Berger, Bad Elster, und Dr. Starke, Leipzig, Dufourstraße 18.

London. Eine **historisch-medizinische Ausstellung** seltener und merkwürdiger Gegenstände, die sich auf Medizin, Chemie, Pharmakologie und die verwandten Wissenschaften beziehen, wird im Zusammenhang mit dem internationalen Kongreß in London vorbereitet. Ein Aufruf für Leihobjekte hatte so vollen Erfolg, daß wahrscheinlich eine der interessantesten Sammlungen historisch-medizinischer Gegenstände, die je zusammengebracht wurde, während der Dauer des Kongresses zur Schau gestellt sein wird. Eine vollständige und illustrierte Uebersicht wird allen Interessenten auf Wunsch durch „The Secretary, 54a Wigmore Street, London W. (England)," zugestellt.

Sidney. Nachdem vor einiger Zeit in Australien größere Lager radiumhaltiger Mineralien aufgefunden worden sind, ist hierselbst eine **Radiumfabrik** eröffnet worden, die bereits erhebliche Mengen des wertvollen Stoffes hergestellt hat. Die Fabrik soll in der Lage sein, wöchentlich 40 Milligramm Radiumbromid zu liefern. Der Marktpreis dieser Substanz beträgt zurzeit etwa 300 M.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife: Ordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. E. Siemerling in Kiel, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Garrè in Bonn.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Prof. Dr. W. Kruse in Bonn, Kreisphysikus San.-Rat Dr. K. Hartwig in Korbach (Waldeck), Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. F. Thiele in Cochem, San.-Rat Dr. E. Boese in Cöln.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Geh. Med.-Räten Professoren Dr. H. Ribbert und Dr. E. Ungar in Bonn, Geh. San.-Rat Dr. E. Solger in Berlin.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Landesgesundheitsinspektor Reg.- und Med.-Rat Dr. Holtzmann und außerordentl. Professor Dr. Stilling in Straßburg i. E., Kreisarzt Med.-Rat Dr. Walcher in Erstein, ordentl. Professor Dr. Schenck in Marburg.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. Bielefeld in Metz, Kantonalärzte Eck in Sulz i. O.-E. und Dr. Feltz in Lörchingen, Kantonal- und Bahnärzte Dr. Bielski in Maursmünster, Dr. Breinlinger in Dammerkirch und Dr. Meyer in Oberehnheim.

In den Ruhestand getreten: Kreisarzt Med.-Rat Dr. A. Schnelle in Hildesheim.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. R. Gaehtgens in Gelsenkirchen zum Kreisarzt in Neumark (Westpr.), Dr. A. Niewerth in Hildesheim zum Kreisarzt daselbst, Dr. M. Abesser in Ballenstedt a. Harz zum Kreisassistenzarzt in Gelsenkirchen, Privatdozent Dr. P. Schröder in Berlin zum ordentl. Professor in Greifswald, Privatdozent Prof. Dr. K. Kaiserling an der Universität in Berlin zum außerordentl. Professor daselbst, Prosektor am städtischen Krankenhause Dr. W. Loerch zum Kreisassistenzarzt und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Potsdam, Stadtassistenzarzt Dr. P. Kschischo in Altona zum Kreisassistenzarzt in Danzig.

Niedergelassen: Dr. M. Rütz und B. Götz in Königsberg, Dr. B. Meyhöfer in Marienburg i. Westpr., Dr. Chr. Brockmann und Dr. J. Cohn in Berlin, Aerztin Dr. E. Bösselberg geb. Köhler, O. E. Evert und Dr. I. Jacobsohn in Charlottenburg, Dr. C. Köppen und Dr. H. Munk in Berlin-Wilmersdorf, Dr. W. Hallauer in Rheine, Dr. F. Franz in Obervellmar, Dr. A. Morschbach in Bischofswerder, Dr. A. Caan in Frankfurt a. M., Dr. J. Rosenberg in Sobernheim, Dr. A. Schmitz in Berncastel-Cues, Dr. K. Welter in Kerpen, M. Töpfer in Bonn, Dr. L. Reischig und Dr. F. Ebeler in Cöln.

Verzogen: Dr. H. Devaranne, Dr. E. Jacoby und Dr. W. Segall von Berlin, Dr. E. Eggert von Sorau, Dr. H. Jüsgen von Hamburg, Dr. M. Kirschner von München, Dr. E. Leschke von Bonn, Dr. L. Mangold von Danzig-Langfuhr, Dr. N. Meyer von Wildungen, Dr. H. Schindler, Dr. K. Schindler und Dr. R. Sieskind von Schöneberg nach Charlottenburg, Dr. E. Goldberg von Berlin nach Königsberg, Dr. A. Jacobsohn von Breslau nach Schöneck, Dr. P. Roller von Alt-Kirschau nach Pfullingen, Dr. U. Grosse von Dreierdorf und Stabsarzt E. Pflugmacher von Bischofsburg (Ostpr.) nach Danzig, Dr. E. A. Jüngermann von Danzig nach Hamburg, Dr. A. Grunwald von Saarmund nach Nowawes, Oberstabsarzt Dr. A. Boldt von Potsdam nach Brandenburg a. H., Aerztin Dr. G. Tiegel von Breslau und Oberarzt Dr. H. Köhler von Anklam nach Greifswald, Dr. P. Kühl von Neukalen in Mecklenburg nach Wolgast, Oberstabsarzt a. D. Dr. L. Dunbar von Usedom nach Saßnitz, Dr. K. Albrecht von Leipzig nach Stralsund, Dr. F. Strecker von Breslau nach München, Dr. R. Mauler von Frankfurt a. M. nach Colmar, Dr. A. Schubert von Frankfurt a. M. nach dem Balkan (Kriegsschauplatz), San.-Rat Dr. H. Seck von Straßburg i. E. nach Hadamar, Dr. W. Wien von Friedrichsdorf i. T. nach Homburg v. d. H., Dr. F. Peters von Friedrichroda nach Camp a. Rh., Dr. J. Brüll von Bochum nach Herschbach, Unterwesterwaldkreis, Dr. M. Bier von Oberwarthe b. Dresden, O. Appelt von Kemberg, Aerztin E. Benecke von Magdeburg, Dr. G. Dorner von London, Dr. F. Frohse von Tegel, Dr. E. Keuper von Karlsruhe, Dr. W. Koch von Kolberg, Dr. H. Loew von Fulda, Dr. E. Messerschmidt und Dr. P. Schäfer von Charlottenburg, Dr. H. Plass von Hamburg, Dr. H. Preusse von Liegnitz, D. Salomon von Beelitz, Dr. M. Schiller von Breslau und Dr. J. Ziegler von Reisen als Schiffsarzt nach Berlin.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. A. A. Kolszewski von Schöneck auf Reisen, Dr. P. König, Dr. M. Kunreuther, Dr. W. Schultze und Dr. H. Voit von Berlin, G. Kecker von Heringsdorf, Dr. F. Quetsch von Münster, Dr. O. Albers von Jeschewo (Kreis Schwetz), Dr. H. Ankele von Tandslet, Dr. R. Wessing, Dr. F. Scheidler, Dr. F. Krawietz, Dr. W. Melhorn und Dr. H. Blomberg von Dortmund, Dr. E. de Vedia von Haspe, Dr. H. Schrecke von Rengsdorf auf Reisen.

Gestorben: Dr. E. Demmin in Greifswald, Dr. S. Brotzen in Kattowitz, Oberstabsarzt a. D. Dr. P. E. Pfeiffer in Wiesbaden, Dr. J. Kowalski in Dolzig, San.-Rat Dr. K. J. Hartmann in Wissen, San.-Rat Dr. M. Schweitzer in Berlin, San.-Rat Dr. J. F. W. Brumm in Charlottenburg, Geh. San.-Rat Dr. W. Delhaes und San.-Rat Dr. B. Lorenz in Wilmersdorf, Dr. H. Herzbrunn in Wriezen, San.-Rat Dr. O. Seidel in Rhinow.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

JOHA

Anerkannt beste intramuskuläre Salvarsan-Injektion :: zur ambulanten und klinischen Behandlung. ::

Einfach. Technik. Niemals Neurorecidive u. toxische Nebenerscheinungen.

Bei einwandfreier Technik (s. Deutsche Med. Woehenschrift 1912 Nr 20)
keine Schmerzen, keine Infiltrate oder Nekrosen. Langanhaltende Dauerwirkung. Negative Seroreaktion bei klinischer Latenz noch 7 und 12 Monate nach 2 Joha-Injektionen à 0,6 Salvarsan beobachtet.

Neu! **Neu!**
Neben den Joha-Ampullen gelangen nunmehr auch Joha-Spritzenröhrchen in den Handel, aus denen das Joha direkt injiziert wird.
Dosierung der Joha-Spritzenröhrchen
1 ccm = 0,4 u. $1\frac{1}{2}$ ccm = 0,6 Salvarsan.

HG.-ÖLE „ZIELER"

40% Quecksilber-Injektionsöle.

Sämtliche Präparate sind klinisch geprüft in der Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Würzburg (Professor Dr. Zieler) und werden dort dauernd weiter kontrolliert.

Besonders geeignet zur Kombination mit Salvarsankuren.

Ol. Calomelan. „Zieler" 1 ccm = 0,4 g Calomel.
Ol. cinerum „Zieler" 1 ccm = 0,4 g Hg. met.
Ol. Hg. salicyl. „Zieler" 1 ccm = 0,4 g Hg. salicyl.
Originalfla che, ausreichend für zirka 40 Injektionen, 3 Mark.

ASTHMOLYSIN

Sterile Lösung eines Nebennierenextraktes in Verbindung eines Auszuges der Hypophysis cerebri.

Indikationen: Bei Asthma, selbst in den schwersten Fällen, sofortige Lösung des Anfalles.
Ferner bei plötzlicher Herzschwäche, Scheintod, :: Ohnmachtsanfällen und Asphyxie. ::
Anwendung subkutan. Originalkarton mit 12 Ampullen 4,50 M.
Vergl. Deutsche Med. Wochenschrift 1912, Nr. 38.

SCABOSAN

Nikotin-Seife in Salbenkonsistenz mit einem Gehalt von 0,08% Nikotin und 10% Salizylsäure.

Absolut reizloses, sicher wirkendes Scabiesmittel.

Vollständig geruchlos, nicht schmutzend und nicht fettend. — Einfach und billig in seiner Anwendung.
Originalpackung, für eine Kur ausreichend, 4,50 Mark.

Literatur auf Wunsch zur Verfügung

Dr. KADE, BERLIN SO. 26

Rhodalzid

Ein unschädliches Rhodaneiweiß mit 19,4% gebundener Rhodanwasserstoffsäure, empfohlen bei **Caries, Schleimhauterkrankungen, Arteriosklerose, Harnsäure-Diathese.**
Mittel gegen **lanzinierende Schmerzen bei Tabes.**

Tabletten à 0,25 g } Gläser à 50 Tabletten . M. 3,— / Röhrchen à 12 Tabletten M. 1,—
Dosierung: 2—3 Tabletten täglich (Kinder 2mal $\frac{1}{2}$ Tablette)
Literatur und Proben zu Diensten

Chemische Fabrik Reisholz G. m. b. H.
Reisholz 29 bei Düsseldorf



Carl Weinreben, Frankfurt a. M.

Fabrik pharmazeutischer Präparate

Anusol-Haemorrhoidal-Zäpfchen

Lokales Spezifikum gegen Haemorrhoiden und zahlreiche Mastdarmbeschwerden. Desinfiziens, Desodorans, Adstringens, granulationsbildend. Absolut ungiftig, ohne Narkotika.

Probilin-Pillen nach Dr. Bauermeister

Gegen Erkrankungen der Gallenwege. Sie bewirken Anregung des Gallenflusses, Desinfektion der Gallenwege und milde Förderung der Darmtätigkeit.

Putti-Puder nach Dr. Marx

Gegen Wundsein und Feuchtigkeit, Rötung und Jucken der Haut, auch bei kleinen Kindern, billig, sparsam im Gebrauch.

Eusclerol

Anerkannt wirksames Mittel gegen die Symptome der Arteriosklerose.

Creobor

Spezifikum geg. Fußschweiß, beim Militär im Gebrauch.

Auf ärztliche Verordnung in **allen** Apotheken erhältlich.
Fälschungen, Nachahmungen, Ersatzpräparate weise man glatt **zurück.**

Muster und Literatur der **Original-Präparate** gratis und franko zur Verfügung.

General-Vertretung für Oesterreich-Ungarn: **Apotheker M. KRIS, WIEN I., Alte k. k. Feldapotheke. Stefansplatz 8.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 18. Januar 1913 | No. 3

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 2,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10550

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang | Berlin, 18. Januar 1913 | No. 3

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Erfahrungen mit Digipuratum.

Von

Ph. Baumann, prakt. Arzt, II. Arzt u. Vertreter d. leit. Arztes am Johanniter-Krankenhause in Jüterbog.

Die Digitaliskörper haben manche Eigenschaften, die sie von der Wirkungsweise anderer Arzneimittel sehr unterscheiden. Hierher gehört die merkwürdige Tatsache, daß sie beim gesunden Menschen bezw. Tiere so gut wie gar keine Wirksamkeit entfalten, während sie bei Krankheitszuständen des Herzens und der Nieren eine spezifische, kräftige Therapie gestatten. Daher lassen sich vergleichende pharmakologische Untersuchungen über den therapeutischen Wert verschiedener Digitalispräparate an gesunden Warmblütern nicht anstellen; maßgebend für die Begutachtung eines Digitalispräparates ist allein die klinische Erfahrung. Zwar ist es erwiesen, daß man am Froschherzen eine physiologische Vergleichung verschiedener Präparate der Digitalisgruppe mit verhältnismäßig großer Genauigkeit ausführen kann; doch besitzen diese Untersuchungen für den Praktiker nur relativen Wert, weil sich dieses Froschergebnis nur auf die intravenöse Anwendung beim Menschen einigermaßen übertragen läßt. Bei der internen Verabreichung spielt der Abbau der Digitalis-Substanzen im Verdauungstraktus eine große Rolle; so wissen wir z. B., daß das Strophanthin nur zu einem verhältnismäßig geringen Teile zur Wirkung gelangt, wenn es per os gegeben wird.

Die kräftige und nachhaltige Wirkung der Körper der Digitalisgruppe hängt in erster Linie von dem Zustand des Myokardes und der Empfindlichkeit der Nierengefäße ab, in zweiter Linie aber auch von der Möglichkeit der Aufspeicherung im Herzmuskel, von der therapeutischen Kumulation.

Meine Erfahrungen mit dem neuen Digitalispräparate „Digipuratum“ haben mir nun auf Grund einer größeren Kasuistik die Ueberzeugung gegeben, daß sich dieses Präparat großer Vorzüge erfreut, die seine Anwendung in der Praxis rechtfertigen. Das Präparat hat klinisch den großen Vorteil, den Magen sehr zu schonen. Wichtig ist ferner die Tatsache, daß die Glykoside hier als unlösliche Gerbsäureverbindung den Magen passieren und infolgedessen keiner Spaltung oder einem teilweisen Abbau unterliegen. Man hat infolgedessen die Gewähr beim Digipuratum, daß die per os gegebene Dosis auch wirklich zur Resorption und therapeutischen Wirkung gelangt. Wie aus der physiologischen Einstellung hervorgeht, haben wir es ferner mit einem sehr kräftigen und gleichwertigen Präparat zu tun, so daß wir die Dosierung in jeder Weise in der Hand haben. Daraus ergibt sich, daß wir einesteils mit hohen Dosen arbeiten können, ohne in die Gefahr zu kommen, eine toxische Kumulation hervorzurufen, andernteils vermeiden wir durch die Verwendung dieses Präparates zu niedrige Dosen; wir werden also durch das Präparat nicht zu einer Scheintherapie verleitet. Die Tablettenform gestattet uns ferner eine genaue Kontrolle über die einverleibten Mengen und dürfte sich als zweckmäßigste Dosierungsform für ein derartig stark wirkendes Präparat erwiesen haben.

Meine Beobachtungen beziehen sich sowohl auf Myokarditiden mit Arrhythmie, besonders bei älteren Leuten, als auch auf Klappenfehler mit Oedemen, auf die Verwendung bei Pneumonie, Dyspnoe und ähnliche Indikationen der Digitalistherapie. Im besonderen seien einige Gruppen hervorgehoben:

Fall 1: 50jähriger Mann mit Myodegeneratio cordis und Arteriosklerose, bei dem ich die Wirkung nach dem Absetzen des Mittels nach 3 Wochen (bis zur Entlassung aus dem Krankenhause) kontrollieren konnte. Die Herztätigkeit blieb gleichmäßig langsam und regelmäßig bei vollem regulären Puls.

Fall 2: Patient mit schwerer Erkrankung an Myokarditis mit Influenza mit sehr starker Arrhythmie, Herzangst und -schmerzen. Nach 4 Tagen reguläre Herztätigkeit, Auf-

hören der Herzangst und der Schmerzen. Es wurden 3 mal eine Tablette gegeben.

Fall 3: Pat. mit Endokarditis, Mitralinsuffizienz und Stenose, Polyarthritis chron. deform., akute Inkompensation, Oedeme, Stenokardie, Ikterus, Erbrechen, mittelmäßige Herztätigkeit. Digalen, Coffein subkutan. Keine anhaltende Wirkung auf Herzstörungen. Digalen ohne Erfolg. Digipuratum 3 mal 0,1 g.

Fall 4: Herr H., 50 Jahre, Gallensteinkoliken, Kyphoskoliose rechts. Nach Ablauf der Kolikanfälle in einem Erschöpfungszustande tritt bei dem an sich pathologischen Herzen (Kyphoskoliosenherz) weitere Störung in Form von Frequenzsteigerung, Arrhythmie, kleinem Puls ein bei erheblichen subjektiven Beschwerden (Atemnot, Stiche, Herzangst). Tabl. Digipuratum 0,1, 3—4 mal tägl.: 1. gut vertragen, 2. gute Herzwirkung: Arbeitsfähigkeit.

In einem weiteren Anfall: Infus: 1. ohne Wirkung, 2. Magenstörung.

Digipuratum (3 mal 0,1 g): Wirkung positiv, Magenstörung negativ.

Fall 5: K. B., 20 Jahre. Anämische Herzbeschwerden. Soll von Aerzten für herzkrank erklärt worden sein. Während einer derselben einen Herzfehler festgestellt habe, habe der andere nur von einer Herzvergrößerung gesprochen. Er klagt über Stiche in der linken Brustseite.

Status praesens: Körper mäßig kräftig gebaut und genährt, Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute sehr blaß. Blepharitis beiderseits. Thorax gut gewölbt, freie Atmung, Pulmonalis ohne Besonderheit. Cor: Erste Töne unrein, kein ausgesprochenes Geräusch, 2. Pulmonalton nicht akzentuiert, 2. Töne rein, Spitzenstoß einwärts der Mammillarlinie fühlbar (4. Intercostalraum). Frequenter, wenig voller Puls. Abdomen ohne Besonderheiten. Therapie: Digipuratum 3 mal 0,1 g.

9. XII.: Langsamer, gut gefüllter Puls, Therapie: Digipuratum abgesetzt. Tinct. Ferr. pom.

12. XII.: Pat. seit 10. XII. außer Bett, ohne die geringsten Beschwerden. Langsamer, voller Puls. Wird als geheilt entlassen.

Fall 6: R. D., 22 Jahre. Myokarditis mit Arrhythmia cordis, früher Bleikolik. Seit November 1910 krank. Beginn mit Influenza, an welche sich das jetzt noch bestehende Herzleiden anschließt. Zeitweilig viel Schmerzen in der Herzgegend.

Status praesens: Blaß und elend aussehender Pat. mit ängstlichem, aufgeregtem Wesen und Gesichtsausdruck. Geringe Dyspnoe. Cor: Breiter, hebender Spitzenstoß innerhalb der Mammillarlinie im 5. Intercostalraum. Töne nicht ganz rein, jedoch besteht kein eigentliches Geräusch. Die zweiten Töne an der Basis akzentuiert und klappend, 2. Pulmonalton stärker akzentuiert. Frequente, sehr stark arrhythmische Herztätigkeit ohne bestimmten Typus des Eintretens der Arrhythmie. Puls wenig gespannt, ebenfalls frequent, und synchrone Arrhythmie. Keine Oedeme. Pleuren, Peritonealraum frei von Ergüssen. Therapie: Digipuratum 3 mal 0,1 g.

18. II: Am gestrigen Tage deutliche gute Digitaliswirkung, indem die Arrhythmie seltener auftrat und der Puls kräftiger und etwas langsamer war. Das heute applizierte Bad ist dem Pat. schlecht bekommen; abgesehen von subjektiv schlechtem Befinden, Mattigkeit, Appetitlosigkeit ist wieder eine Zunahme der Frequenz und Arrhythmie, sowie schlechte Spannung des Pulses zu konstatieren.

20. II.: Digipuratum hat sehr gut gewirkt. Die Arrhythmie ist zeitweise gänzlich verschwunden, erreicht jedenfalls nur einen ganz minimalen Grad. Abgesehen von der durch psychische Aufregung bei der ärztlichen Untersuchung bedingten Pulsbeschleunigung ist der Puls langsam. Die Schmerzen in der Herzgegend sowie die Zustände von Herzangst und Schlaflosigkeit treten nicht mehr auf. Appetit etc. zunehmend.

15. III.: Herztätigkeit durchaus zufriedenstellend, auch mit Weglassen der Digitalis. Der Versuch, den Pat. herumlaufen zu lassen, gelingt für eine Reihe von Tagen, bis jedoch stärkere Arrhythmie Bettruhe und Digitalis erfordert. Dabei ist das subjektive Befinden recht gut; Pat. sieht sehr viel besser aus.

20. III.: Wieder in Ordnung; steht auf; keine Beschwerden.

15. IV.: Hin und wieder setzt der Puls fast ständig aus; er ist langsam, kräftig. Keine Schmerzen. Befinden gut. Geheilt entlassen.

Fall 7: H. Sch., 62 Jahre. Influenzaartige Beschwerden, rheumatische Schmerzen (Myokarditis mit Arrhythmia cordis). Hat sich erkältet, klagt über Husten, Schnupfen, Schmerzen in der linken Hüfte.

Status praesens: Linkes Hüftgelenk äußerlich nicht verändert, keine schmerzhaften Druckpunkte, freie Beweglichkeit. Obere Ischiadicusfläche etwas druckempfindlich. Pulmones: Geringe Anzahl giemender Geräusche, mehrmals Husten. Cor: Töne dumpf, kein Geräusch, ausgeprägte Arrhythmia cordis. Puls gleich Herzschlag aussetzend. Arteria radialis stark sklerotisch. Abdomen ohne Besonderheit. Keine Oedeme, keine Gelenkschwellungen.

Therapie: Brustwicklung, Morphiumtropfen, Expektorans.

11. I.: Husten und Brust- sowie rheumatische Schmerzen gebessert. Arrhythmie der Herztätigkeit besteht noch. Erhält 3 mal 0,1 g Digipuratum-Knoll.

15. I.: Digipuratum ausgesetzt, da langsamer, kräftiger, völlig regelmäßiger Puls. Allgemeinbefinden bedeutend besser.

1. II.: Während der ganzen Zeit, nach dem Aufstehen und auch bei stärkerem zu Untersuchungszwecken angeordneten Laufen, Bücken etc. bleibt der Puls bei seiner Frequenz und Qualität. Arrhythmie nie wieder aufgetreten. Spärlicher Husten am Morgen. Klagen über geringgradige Dyspnoe. Lungenbefund: Keine katarrhalischen Symptome mehr. Allgemeinbefinden gut. Geheilt entlassen.

Fall 8: O. S., 47 Jahre. Insuffizient. Valvul. mitral. incompensata. Arrhythmia gravis. Polyarthritis chron. rheumat. deform. Seit ihrem 16. Lebensjahre an Gelenkrheumatismus und Herzfehler leidend, war Pat. angeblich bis Weihnachten 1910 arbeitsfähig, seitdem bettlägerig. Anschwellungen am ganzen Körper, besonders den Beinen, wenig Urin, Schmerzen im Rücken und der Brust, Appetitlosigkeit, Uebelkeit etc.

Status praesens: Exzessive Bläße der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Dürftiger Ernährungszustand, schwächlicher Körperbau. Chronisch-arthritische Deformitäten sämtlicher Finger- und Zehengelenke mit sehr starken Abbiegungen der Finger und Phalangeal-metakarpalgelenke. Keine frischen arthritischen Prozesse oder Schmerzen. Pulmones ohne Besonderheit. Cor: Spitzenstoß verbreitert, im 6. Intercostalraum sicht- und fühlbar, bis zur vorderen Axillarlinie gehend. Lautes systolisch-diastolisches Geräusch an allen Ostien, besonders der Spitze, die Töne verdeckend; zweiter Pulmonalton akzentuiert, sonst erster akzentuiert. Im Abstand von wenigen Herzschlägen deutliche Arrhythmie, Puls klein, frequent, die gleiche Arrhythmie darbietend. Abdomen: Etwas meteoristische Darmschlingen, auch über der Leber. Druckschmerz im Epigastrium und etwas nach rechts hinüber im Hypochondrium. Oedeme der Fußrücken und Knöchel, Urin ohne Eiweiß.

Nachdem bereits vor einer Reihe von Wochen ungestörtes Wohlbefinden eingetreten war, darf der Zustand als einigermaßen andauernd betrachtet werden.

Rückfälle von Inkompensation mit besonderer Beteiligung der Verdauungsorgane, welche die Wirkung des anfänglich prompt beeinflussenden Digitalisinfus beeinträchtigten, zuletzt sogar infolge sofort eintretenden Erbrechens unmöglich machten, sind zuletzt durch kombinierte Darreichung von Digalen intramuskulär, Coffein und Kampfer subkutan geheilt worden. Es war bereits ein Zustand von Wohlbefinden eingetreten, seitdem mit dem Digitalisinfus eine leidliche Herzregulierung mit Mühe trotz Magenstörungen erreicht war.

Jedoch setzt wiederum ein Zustand ein wie bei der Aufnahme, der durch Digalen, Coffein und Kampfer subkutan — Digitalisinfus per os — bekämpft wird. Nunmehr sind die Mittel nicht mehr wirkungsvoll, so daß nach vergeblichem Versuch mit Infus die Digipuratumtabletten in Anwendung kamen, mit dem absolut günstigen Erfolg: 1. Ideale Herzwirkung wie beim Infus, 2. Fehlen jeder gastrischen Wirkung. Seit Absetzen des Digipuratums keine Störungen mehr.

Pat. sieht wohl noch sehr blaß aus, hat sich aber erholt; der Ernährungszustand ist sichtbar besser geworden. Kardiale Störungen subjektiver Art zurzeit nicht vorhanden. Objektiver Befund: Abgesehen davon, daß das Geräusch nicht mehr so scharf ist wie anfangs, der gleiche. Der Puls ist ziemlich kräftig und regelmäßig, leicht beschleunigt. Patientin wünscht ihre Entlassung, wird heute entlassen. Sie hat den ganzen Sommer und Winter bei völligem Wohlbefinden zugebracht. (Nachricht vor einigen Tagen.)

Die Erfahrungen mit Digipuratum sind demnach recht günstig, sowohl was die kräftige therapeutische Wirkung betrifft, als auch in bezug auf die gute Verträglichkeit. Diese klinischen Erfahrungen finden ihre Stütze in dem soeben von Gottlieb und Ogawa veröffentlichten Nachweis, daß das Digipuratum den Magen schnell verläßt und im Darm sehr prompt resorbiert wird, während Digitalisblätter und das Infusum lang im Magen verweilen und dort starke Reizwirkung ausüben. Wir können daher das Digipuratum als ein in jeder Weise zuverlässiges Herztonicum ansehen

II. Referate.

Allgemeine Pathologie.

Dr. **Karl Schiller**, Operateur: **Ueber den Einfluß unserer häufigsten therapeutischen Verfahren auf den lokalen Entzündungsprozeß.** (Pester medizinisch-chir. Presse, 1912, No. 23 u. 24.)

Bei der Anwendung unserer antiphlogistischen therapeutischen Verfahren leitet uns seit Jahrtausenden die Erfahrung. Wir wenden gegen die verschiedensten entzündlichen

Erkrankungen die Kälte, die Wärme, die feuchten und Dunstverbände an. Bei der Anwendung all dieser physikalischen Verfahren jedoch waren wir sozusagen bis heute auf die Empirie, die klinischen Erfahrungen, angewiesen, da uns bisher kein exaktes Untersuchungsverfahren bekannt war, mit dem man die Wirkung dieser Verfahren auf die Entzündung mit Sicherheit hätte feststellen können. Scheinbar hat diese Frage Jean Schäffer mit einer Fadenmethode gelöst. Er zog den Tieren, und zwar Kaninchen, ins Unterhautzellgewebe an symmetrischen Körperstellen mit chemisch differenten Stoffen (1—10 proz. Silbernitratlösung) getränkte Katgutfäden oder Seidenfäden, die er durch 10 Minuten in einer 24 Stunden alten Bouillonkultur von Staphylococcus pyogenes aureus liegen ließ; die Stichkanäle verklebte er mit Collodium und erzeugte so eine subkutane Entzündung; die eine Seite behandelte er, die andere überließ er sich selbst und schnitt dann nach einer gewissen Zeit die Haut samt dem Faden an beiden Seiten heraus, untersuchte sie histologisch und verglich sie miteinander. Er gelangte zu dem Schlusse, daß die Entzündung, das Auswandern der Leukocyten, durch unsere verschiedenen physikalischen Verfahren wohl qualitativ und quantitativ verschieden beeinflußt wird, daß aber die Entzündung durch die einzelnen Verfahren immer in demselben Sinne beeinflußt wird, ob es sich nun um chemische oder bakterielle Reizung handelt. Für alle Fälle kann man dies über die durch den Staphylococcus pyogenes aureus verursachten Entzündungen behaupten. Aus diesen Untersuchungen konnte er dann für die genaue Indikationsstellung der einzelnen therapeutischen Verfahren gewisse praktische Schlüsse ableiten. Verf. vorliegender Arbeit hat die Versuche von Jean Schäffer wiederholt, hauptsächlich zu dem Zwecke, um festzustellen, ob unsere verschiedenen therapeutischen Verfahren bei anderen Infektionen in demselben Sinne wirken, wie beim Staphylococcus pyogenes aureus. Er studierte die Wirkung der Kälte, der Hitze, der gewöhnlichen und Alkoholdunstverbände, des Priessnitzverbandes und schließlich der austrocknenden Verbände. Er untersuchte die Wirkung vom Beginn der Entzündung an, auf ein bereits entwickeltes Infiltrat und die Nachwirkung. Soweit man aus Tierexperimenten folgern kann, geht aus Verfassers Untersuchungen nachstehendes hervor: 1. Unser intensivstes antiphlogistisches Verfahren ist die Wärmebehandlung, da die durch die Wärme herangelockte Lymphe die Bakterien abtötet; ebenso wirkt im Sinne der Autoserotherapie die unter der Einwirkung der Lymphe stattfindende Leukocytolyse, infolge welcher die polynuklearen Leukocyten zugrunde gehen, wodurch eine größere Menge von proteolytischen Enzymen frei wird. Die antiphlogistische Wirkung der Wärmebehandlung ist eine dauernde; darum ist sie auch von Erfolg begleitet, selbst wenn sie nur durch 1—2 Stunden und unter der Toleranzgrenze angewendet wird. Die Wärmebehandlung ist bei Entzündungen jeder Provenienz angezeigt, besonders im Anfangsstadium, in welchem noch kein bedeutenderes Infiltrat vorhanden ist, obzwar selbst ein bereits entwickeltes entzündliches Infiltrat durch sie günstig beeinflußt wird. Kontraindiziert ist die Wärmebehandlung bei einer intensiven entzündlichen Infiltration oder in dem Falle, wenn man eine Abscedierung verhindern will oder die Gefahr droht, daß ein Absceß in eine seröse Höhle durchbrechen könnte, da die durch die infolge der Wärmebehandlung eintretende Leukocytose freiwerdenden Fermente ein rasches Einschmelzen der Gewebe begünstigen werden. 2. Der Alkoholdunstverband (96 proz. Alkohol und ein impermeabler Stoff) hat dieselbe Wirkung, wie die Wärmebehandlung, nur ist die Leukocytolyse eine etwas schwächere. Ein weniger konzentrierter Alkohol wirkt schwächer; die Wirkung des 96 proz. Alkohols ist eine anhaltende. Die Indikationen und die Kontraindikationen stimmen mit denen der Wärmebehandlung überein. In der täglichen Praxis kann man den Alkoholverband viel bequemer anwenden, als die Wärme. Sehr vorteilhaft ist es, den Alkoholdunstverband zur Erhöhung der Wirkung nach einer kurzen Wärmebehandlung anzuwenden. 3. Die Kältebehandlung — Eisbeutel — mindert die Resorption herab, das Auswandern der Leukocyten verringert sich, die Bakterien werden in ihrem Wachstum gehemmt, daher kann diese Behandlungsart mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden bei stark entwickelten Infiltraten, oder wo man eine Absceßbildung oder den Durchbruch eines Abscesses — z. B. bei Appendicitis — verhindern will, weiter, wo man es verhüten will, daß die Toxine stark virulenter Bakterien resorbiert werden. Da die Kältebehandlung nicht nachwirkt, muß sie bis zum Schwinden sämtlicher Entzündungserscheinungen fortgesetzt werden. 4. Die antiphlogistische Wirkung der gewöhnlichen Dunstverbände — feuchte Verbände unter einem impermeablen Stoffe — kommt hauptsächlich dann zur Geltung, wenn der Verband längere Zeit — z. B. 24 Stunden — ohne Wechsel liegen bleibt. In diesem Falle verringert er die Anzahl der Leukocyten. Häufiger gewechselte Dunstverbände vergrößern die Anzahl der Leukocyten; sie wirken daher so, wie die Priessnitzumschläge. Da diese Verbände auf die Bakterien sozusagen wirkungslos sind, sollen sie nur dort angewendet werden, wo es sich um Bakterien mit einer schwachen Virulenz handelt. 5. Die Priessnitzumschläge (feuchte, mit einem impermeablen Stoffe nicht gedeckte, häufiger gewechselte Umschläge) unterstützen das Auswandern der Leukocyten und besitzen somit eine erregende Wirkung; sie können bei chronischen, torpiden Entzündungen mit Vorteil angewendet werden. 6. Die Wirkung der austrocknenden Verbände (feuchte Verbände ohne impermeablen Stoff, die lange liegen gelassen werden) ist eine bei weitem geringere, jedoch der der Dunstverbände ähnliche. Sie entfalten den geringsten Effekt auf die Entzündung. Kr.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten und Pharmakologie).

Carl Rother: Ueber postdiphtherische Abducenslähmungen. Aus der 4. med. Abt. des Allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. (Dissertation, Breslau 1912.)

Schlüsse: 1. Abducenslähmungen traten in der Gesamtzahl aller Diphtherieerkrankungen relativ selten auf, in ca. 1 pCt. aller Fälle. 2. Der Durchschnittstermin für das Auftreten der Lähmung war der 35. Tag. 3. Es wurde das männliche Geschlecht vermehrt betroffen, und zwar waren es vorzugsweise Knaben im Alter von 5 bis 15 Jahren, doppelt so häufig als Mädchen gleichen Alters bei ungefähr gleich großer Krankenziffer. 4. Die Lähmung trat nicht isoliert auf, sondern immer in Kombination mit anderen Lähmungen. 5. Es wurde am häufigsten der linke Abducens ergriffen, 3 mal öfter als der rechte, und noch seltener beide Abducentes. 6. Eine Gesetzmäßigkeit in der Entwicklung der Abducenslähmung im Verhältnis zu anderen Lähmungen ließ sich nicht ermitteln. 7. Eine familiäre Disposition konnte nicht festgestellt werden. 8. Die Prognose ist als eine durchaus gute zu bezeichnen: Die Nachuntersuchung ergab bis auf einen Fall Restitutio ad integrum. F.

Prof. **B. Stiller** (Budapest): **Die Pathogenese der orthotischen Albuminurie.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 40.)

Verf. hat in seinem Buche über die Asthenie (Die asthenische Konstitutionskrankheit, Stuttgart 1907) auf Grund vieljähriger Beobachtungen an einem ungemein großen Krankenmaterial die wichtige Tatsache festgestellt, daß die asthenische Konstitution nicht nur die Anlage zur eigentlichen asthenischen Krankheit in sich trägt, sondern auch den günstigsten Nährboden für eine Reihe anderer darstellt: für die Phthise, das Magengeschwür, die Bleichsucht und die orthotische Albuminurie. Dabei ist zu bemerken, daß der eigentliche Morbus asthenicus (Splanchnoptose, nervöse Dyspepsie, zentrale und vegetative Neurasthenie, motorische, sensitive und sekretorische Störungen des Magens, Plätschern, große Ernährungsstörungen auf geringe Veranlassungen usw.) nicht in eine Reihe mit den übrigen, derselben Wurzel entspringenden Affektionen zu stellen ist, da er, als notwendigste und unmittelbare Folge der Konstitution, meistens auch die übrigen in variabler Ausbildung zu begleiten pflegt. Später hat Verf. in zwei kurzen Arbeiten das Verhältnis der asthenischen Organisation zum Ulcus und zur Lungentuberkulose noch genauer festgestellt. In vorliegendem Aufsatz macht er einige Bemerkungen über die orthotische Albuminurie, um zu der inzwischen aufgetauchten Entdeckung Jehles über den Einfluß der Lendenlordose auf diese Krankheit Stellung zu nehmen. Aus seinen Erörterungen folgt, daß die Lordose ebensowenig Endursache der orthotischen Albuminurie ist, wie die seichten Nierennischen die der Nephroptose oder die Stenose der oberen Brustapertur die der Phthise. Dasselbe gilt von der engen Aorta als Ursache der Chlorose. Alle diese anatomischen Faktoren sind vielmehr — wie Verf. es bei jedem einzelnen nachgewiesen hat — nur Teilerscheinungen derselben spezifischen Konstitution, die all diesen Krankheiten zugrunde liegt.

Dr. **Martin Engländer** (Wien): **Die Alteration der Blutbeschaffenheit bei Morbus Brighti.** (Wiener med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

In jeder Abhandlung über Morbus Brighti wird stets von der Alteration des Blutes gesprochen. Der Begriff „Alteration" ist jedoch noch immer zu wenig determiniert, um sich ein völlig klares Bild darunter vorstellen zu können. Eine genaue Kenntnis von dieser ganz eigenartigen Veränderung des Blutes wäre von großem Werte. Verf. versucht in vorliegender Arbeit das bisher darüber Vorgebrachte, unter eigenem Gesichtswinkel betrachtet, in Kürze mitzuteilen. Darnach findet sich beim Morbus Brighti eine schon direkt ersichtliche Wässerigkeit des Blutes, milchig-trübes Aussehen des Serums, verminderter Hämoglobingehalt, eine erhöhte Koagulationstemperatur und erhöhte Diffusibilität gegenüber dem normalen Serum, Hydraemie und Verminderung des Eiweißgehaltes des Gesamtblutes fast auf die Hälfte, und als Konsequenz ein peritoneales Transsudat mit den niedrigsten Eiweißwerten unter allen peritonealen Transsudaten. Vielfach gegensätzlich zur Brightschen Niere sind die Befunde bei der chronisch indurativen Nephritis oder Schrumpfniere. Hammerschlag

zeigte, daß bei dieser Form der Nephritis, ehe Herzinsuffizienz oder Urämie einsetzt, im Blute keine Hydrämie zu finden, demnach das spezifische Gewicht des Blutes fast immer normal ist. E. Freund zeigte, daß das Blutserum keine erhöhte Koagulationstemperatur und Diffusibilität gegenüber dem normalen Serum besitzt. Damit stimmen auch die Untersuchungen von Csatáry überein. Das Blutserum hat einen viel höheren Eiweißgehalt als beim Morbus Brighti, es beträgt um und über 6 pCt. und damit im Zusammenhang steht auch, wenn es bereits durch Herzinsuffizienz zu Hydropsien gekommen ist, der viel höhere Eiweißgehalt im peritonealen Transsudate mit Werten, welche innerhalb der Grenzen der allgemeinen venösen Stase liegen, also mit 2 pCt. und darüber. Letzteres Moment ist auch geeignet, die Differenzen grob analytisch aufzuzeigen. Versetzen wir die Ascitesflüssigkeit eines Brightikers mit konzentrierter Salpetersäure, so erhalten wir eine leicht milchig getrübte, opaleszierende Flüssigkeit, in der Ascitesflüssigkeit von Schrumpfniere aber eine wirkliche Fällung oder Ausflockung mehr oder minder reichlich. Die Hydropsien beim Morbus Brighti beruhen eben auf Hydrämie im weiteren Sinne, bei der Schrumpfniere auf allgemeiner venöser Stase. Kr.

R. Gottlieb und **S. Ogawa**: **Ueber die Resorption von Digitoxin aus Digitalispräparaten und über ihre Beziehung zu Wirkung und Nebenwirkungen derselben.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42 u. 43.)

Die Verfasser kommen bei ihren Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: Das Digitoxin, der wirksamste Bestandteil der Digitalis, wird nicht im Magen, sondern erst im Darm resorbiert. Die Resorption erfolgt immer relativ langsam und ist im günstigsten Falle nach 5—6 Stunden vollendet. Die Resorption wird durch Zustände schwerer Stauung im Pfortaderkreislauf noch weiter in hohem Grade erschwert. Aus dem Extractum Digitalis depuratum (Digipuratum) wird das Digitoxin bedeutend rascher resorbiert als aus dem Blätterpulver der Folia Digitalis titrata. Unter Digitoxin ist die Gesamtheit der in Chloroform löslichen Digitalisglykoside zu verstehen, denen die Digitalisblätter im wesentlichen ihre therapeutische Wirksamkeit verdanken. Für die Entstehung der Magenstörungen nach innerlicher Digitalismedikation haben die Versuche ergeben, daß Uebelkeit und Erbrechen nach Einführung der Digitalispräparate in den Magen erstens Folge einer lokalen Reizwirkung im Magen sind; diese Nebenwirkung tritt meist schon innerhalb der ersten Stunde nach der Einnahme ein, wenn fast das ganze eingeführte Digitoxin sich noch unresorbiert im Magen vorfindet. Zweitens kommt ein Erbrechen als Folge von Resorption toxischer Gaben vor; es setzt erst nach 6—7 Stunden ein und ist von deutlichen Allgemeinerscheinungen begleitet. An Katzen kann man die magenschleimhautreizende Wirkung der verschiedenen Digitalispräparate leicht prüfen. Je rascher das Erbrechen bei den Tieren innerhalb der ersten drei Stunden eintritt, desto stärker ist die lokale Reizwirkung des angewandten Präparats im Magen. Derartige Versuchsreihen haben ergeben, daß das Digipuratum die Magenschleimhaut deutlich weniger reizt als die Blätter. Das Blätterpulver erzeugt bei Katzen fast ausnahmslos innerhalb der ersten 3 Stunden Erbrechen, das Digipuratum führt dagegen niemals durch lokale Reizwirkungen im Magen zu Erbrechen. Im allgemeinen wirken die Digitalispräparate um so stärker magenreizend, je länger ihre Verweildauer im Magen ist. Die Verweildauer ergab sich am kürzesten und die Resorption am raschesten bei Digipuratum in Lösung, demnächst bei Digipuratum in Suspension; das Blätterpulver der Folia Digitalis titrata verhielt sich in beiden Richtungen wesentlich ungünstiger. Das Infus wird aus dem Darm fast so gut resorbiert, wie die Digipuratumlösung, verweilt aber lange im Magen und ruft am schnellsten Erbrechen hervor. Die Versuche bestätigen also die klinischen Beobachtungen, wonach das Digipuratum im Verhältnis zu seiner Wirkungsstärke die Verdauungsorgane weniger belästigt, als die Folia Digitalis titrata und ihr Infus. R. L.

Laryngologie, Rhinologie.

Dr. **Aurelius Réthi** (Königsberg i. Pr.): **Die röntgenologische Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Der Kehlkopf und die Luftröhre bereiten bisher bei der Röntgenaufnahme Schwierigkeiten. Die lateralen Aufnahmen sind weniger brauchbar; die dorsoventralen Aufnahmen werden durch die Wirbel undeutlich gemacht. Verf. ist es nun gelungen, diese Schwierigkeiten der Röntgenaufnahme des Kehlkopfes und der Luftröhre dadurch zu überwinden, daß er den Kehlkopf in anterio-dorsaler Richtung durchleuchtet und als empfindliche Platte einen Film benutzt, der in bestimmter Weise eingewickelt und umhüllt unmittelbar hinter dem Kehlkopf im Hypopharynx resp. bei den Trachealaufnahmen im Oesophagus appliciert wird. Der Rachen, Kehlkopf und Hypopharynx müssen vor der Einführung des Films durch Kokain vollständig anästhesiert sein. Verf. machte die Aufnahme mit einem Idealapparat von Reiniger, Gebbert und Schall und einer Gundelachröhre. Expositionsdauer ¾ bis 1 Stunde. Man erhält auf diese Weise scharfe Bilder aller Einzelheiten des Kehlkopfes. Verf. erhofft von der Methode erhebliche Förderung für die Diagnose.

Dr. **E. Jannulis**, Spezialarzt f. Nasen- und Ohrenkrankheiten in Athen: **Ein Hämatom des Augenlides nach Extraktion von Nasenpolypen.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Ein 43 jähriger Mann kam zum Verf. mit der Klage über Heiserkeit. Die laryngo-rhinoskopische Untersuchung ergab Nasenpolypen in der rechten Nasenhälfte und einen Stimmbandpolypen im vorderen Anteil des linken Stimmbandes. Es wurde nun nach vorhergehender exakter Kokainisierung an die Exstirpation der Nasenpolypen gegangen. Wegen der Enge der Nase und der Einkeilung der Polypen war es technisch unmöglich, die kalte Schlinge um die Polypen derart zu adaptieren, daß die Entfernung möglich gewesen wäre. Verf. ging deshalb mit der Conchotomschere neben dem Septum hoch in die Nase ein, um den Polypenwurzeln möglichst nahezukommen. Dann drehte er das Instrument um 90 Grad nach außen, schnitt die Basis der Polypen durch, die nun locker an einem gemeinsamen Stiele herunterhingen. Auf diese Art wurden ein sehr großer und 4 bis 5 kleinere Polypen entfernt. Da einerseits eine ziemlich starke Blutung sich einstellte, andererseits der Patient einem Ohnmachtanfalle nahe war, mußte die Operation unterbrochen werden. Es wurde sofort mit Jodoformstreifen tamponiert. Ehe Verf. aber mit der Tamponade noch fertig war, klagte der Patient über starke Schmerzen im Auge. Bei der Untersuchung fand Verf. die Conjunctivalgefäße stark mit Blut gefüllt und das obere Augenlid etwas angeschwollen. Verf. suchte schleunigst die Tamponade zu beenden und war sehr peinlich überrascht, zu sehen, daß das betreffende Augenlid ganz verdeckt war. Es bestand starker Tränenfluß. Sofort faßte er das geschwollene Lid mit Daumen und Zeigefinger und versuchte es aufzuheben, um sich über den Zustand des Bulbus zu orientieren. Mit Freude konstatierte er, daß sowohl das Sehvermögen als auch die Augenbewegungen intakt waren. Es wurde, bemerkt Verf., gewiß ein abnorm verlaufendes Gefäß, wahrscheinlich eine Vene, durchgeschnitten und durch die Tamponade eine starke Rückstauung hervorgerufen, wodurch im lockeren Gewebe des Augenlides ein Blutaustritt stattfand. Das Augenlid war bläulichrot gefärbt. Ein Hämatom war vollentwickelt vorhanden. Es wurden Liq. Burowi-Umschläge verordnet und am 5. Tage war von der Geschwulst nichts mehr zu sehen. Nach 14 Tagen wurde nachoperiert. Diesmal verlief die Tamponade ganz normal. Kr.

Chirurgie.

Dr. **W. Goebel** (Cöln): **Ueber die perkutorische Diagnose von Schädelbrüchen.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 42.)

Die Perkussion des Schädels ist zur Diagnose von Erkrankungen und Verletzungen des Schädels und seines Inhalts bisher nur in geringem Maße verwendet worden. Verf. hat neuerdings die zu seiner Beobachtung gekommenen schwereren Fälle von Kopftraumen auf diagnostisch verwertbare perkutorische Befunde untersucht und bei Erwachsenen und Kindern in 13 von 15 Fällen, in denen eine Fraktur festgestellt oder vermutet werden konnte, eine durchaus charakteristische Veränderung des Perkussionsschalles gefunden, der im Bereich der Fraktur einen schmetternden Beiklang erhält und hier mit dem Geräusch des gesprungenen Topfes verglichen werden kann. Der Schall über der verletzten Seite ist dumpf, sonor, er nimmt im Gebiete des Bruchspaltes selbst die charakteristische Färbung des gesprungenen Topfes an. Auch die Klopfempfindlichkeit beschränkt sich genau auf die Bruchlinie und ruft je nach dem Bewußtseinszustand des Verletzten mehr oder weniger deutliche Schmerzäußerungen hervor. Bei 6 klinisch als reine Basisbrüche aufzufassenden Verletzungen fand sich das Basisgeräusch an verschiedenen Stellen dicht über der Basis am Uebergang zur Konvexität und bei der Sektion von 3 dieser Fälle entsprechend der Stelle des Geräusches feine aus der hinteren und mittleren Schädelgrube zur Konvexität verlaufende Fixuren. — Man muß bei der Perkussion immer symmetrische Stellen beider Schädelhälften perkutieren. Ferner soll man nach Verf. nur am hängenden, d. h. nicht unterstützten Kopf, perkutieren und nur bei absoluter Stille. Im allgemeinen nimmt das Geräusch nach 8 bis 14 Tagen an Stärke und Eigenart und damit an diagnostischem Wert in älteren Fällen ab. Der perkutorische Nachweis alter Frakturen gelingt demnach nicht. R. L.

M. Pikin: **Zur Frage der intraabdominalen Hernien.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 2.)

Bei einer 27 jährigen, mit dem Symptom einer inneren Einklemmung in das Obuchow-Hospital in Petersburg eingelieferten Patientin ergab die Laparotomie folgenden Befund:

15—20 cm lange wurstförmig-ovale weißliche Geschwulst, welche in Höhe des 1. Lumbalwirbels quer über die Wirbelsäule hinweg nach der rechten Fossa iliaca hinzog. In dem unteren Abschnitt der Geschwulst verlor sich eine Ileumschlinge; ebenso fand sich am oberen Pol der Geschwulst eine Darmschlinge, welche mit dem hinteren Peritoneum verlötet war und unmittelbar in das Duodenum überging. Die Decke der Geschwulst bestand aus den narbig veränderten Mesenterialblättern, nach deren Inzision die darunter eingeklemmte Dünndarmschlinge frei wurde. Es handelte sich um eine sog. Hernia duodeno-jejunalis. Die Bauchfelltasche zeigt an dieser Stelle zahlreiche Varietäten, von welchen Brösche 5 typische Formen beschrieben hat. In diesem Falle handelte es sich um den sogen. Typus venosus der Hernia duodeno-jejunalis. Bei der Operation muß die Vorderwand des Bruchsackes gespalten werden, wobei man eine Verletzung der im Bauchfell verlaufenden Mesenterialgefäße vermeiden muß.

K. Véber: Beitrag zur Frage der Gangrän des oralen Darmstumpfes nach Mastdarmresektion. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 3.)

Verf. hat die von Sudeck, Rubesch, Manasse u. a. ermittelten Tatsachen der Gefäßversorgung am Colon descendens, der Flexura sigmoidea und am Rektum nachgeprüft und bestätigt im wesentlichen die Ergebnisse der genannten Autoren: Der bei jeder Mastdarmresektion mehr oder weniger seines Mesenteriums beraubte und herabgezogene orale Darmstumpf ist in hohem Grade der Gefahr der Gangrän ausgesetzt. Ohne Unterbindung des Mesenteriums läßt sich der Darm nicht herabziehen und diese Unterbindung hat bloß dann keine Gangrän zur Folge, wenn die dem Darm entlanglaufenden und vielfach miteinander anastomosierenden Randgefäße nicht zerstört werden. Unterbindet man die Arteria haemorrhoidalis superior unterhalb des Abganges der A. sigmoidea ima, so folgt ausnahmslos Darmgangrän, während bei Unterbindung oberhalb dieses Punktes, der nach Sudeck als „kritischer Punkt" bezeichnet wird, die Gangrän ausbleibt. Die Schwierigkeit besteht nur darin, daß man sich bei sakralen Operationen über diese Gefäßverhältnisse nicht genau orientieren kann und eine Laparotomie nur behufs Ausführung der Ligatur doch nicht unbedenklich ist. Als Hauptregel ist somit zu beobachten, daß man sich bei Ausführung der Ligatur möglichst entfernt vom Darm hält, um die Randgefäße zu schonen.

Ein von Verf. genau anatomisch untersuchter und mitgeteilter Fall beweist, daß nicht nur von der Gefäßligatur die Frage der Gangrän des zentralen Darmstumpfes abhängt, sondern daß auch während der Nachbehandlung infolge der Wundinfektion entzündliche Thrombosen in den Arterien des zentralen Darmstumpfes sich entwickeln können, welche dann sekundär zur Darmgangrän führen.

Dr. **Hans Kehr: Wann soll man nach einer Ektomie bei negativem Palpationsbefund von Steinen im Choledochus diesen Gang inzidieren und drainieren und wann nicht?** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 2.)

Von dem Grundsatze ausgehend, daß man während einer Gallensteinoperation durch den negativen Ausfall der Palpation des Choledochus noch nicht das Vorhandensein von Steinen in diesem Gange ausschließen kann, erläutert Verf. an der Hand seiner 160 Gallensteinoperationen vom 1. November 1910 bis 1. November 1911 die Eröffnung und Drainage des Choledochus im Anschluß an Gallenblasenektomien. Er hält diesen Eingriff für ratsam: 1. wenn die Bauchspeicheldrüse, besonders der Kopf derselben, erheblich verdickt ist; 2. wenn der Choledochus verdickt und erweitert ist, weil die Gallenstauung sehr oft durch versteckte Steine bedingt ist; 3. wenn die Anamnese von Ikterus, Schüttelfrösten und Steinabgängen erzählt, obwohl die beiden ersten Symptome nicht absolut für Beteiligung des Choledochus sprechen; 4. wenn bei der Ektomie eine größere Strecke des Ductus cysticus stehengeblieben ist und man denselben bis in den Choledochus hinein spaltet; 5. wenn viele kleine Steine in Gallenblase und Ductus cysticus vorliegen; 6. wenn aus dem abgeschnittenen Cysticusstumpf die Galle trübe abläuft; 7. bei Lebervergrößerung, indurierter Leber und Cirrhose.

Dagegen genügt die einfache Ektomie beim Zusammentreffen folgender Vorbedingungen: 1. wenn die Anamnese gar keinen Anhaltspunkt für Choledochussteine ergibt; 2. wenn die Galle aus dem Cysticusstumpf ganz klar abfließt; 3. wenn der Ductus cysticus und der Choledochus von außen normal und zart sind, der Cysticus sehr eng und seine Schleimhaut unverändert ist; 4. wenn die Sonde, die man vom Cysticus aus in den Choledochus einführt, die Papille glatt passiert; 5. wenn die Palpation keine Schwellung der Lymphdrüsen am Choledochus, keine Pankreasvergrößerung nachweisen läßt; 6. wenn die Gallenblase leer ist und die Operation nur wegen Adhäsionen vorgenommen wurde.

Doch kommt Verf. immer mehr zu der Ueberzeugung, daß es besser ist, den Choledochus lieber einmal zu viel, als einmal zu wenig aufzuschneiden, zumal die Gefahren der Operation dadurch nachweislich nicht größer werden, die Dauerheilung aber viel sicherer gewährleistet wird. — Was das Technische betrifft, so zieht der Verf. die Inzision des Ductus hepaticus der des Choledochus vor und er verwendet zur Drainage feine Gummiröhrchen von T-Form. — Ebenso wichtig wie die Drainage ist die Tamponade der Wundhöhle, die den Zugang zur Choledochusinzision herstellen und damit die mehrmalige Spülung des Ganges ermöglichen soll. — Endlich erklärt Verf. wiederholt die Cystostomie und die Choledochusinzision mit nachfolgender Naht für Operationen, die verlassen werden sollten.

H. Kehr: Zum Bauchdeckenschnitt bei Gallensteinoperationen. Erwiderung. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 2.)

Trotz der Entgegnung Sprengels bleibt Kehr dabei, daß reine Querschnitte zur Freilegung der tiefen Gallenwege in der Regel nicht genügen. In allen schwierigen Fällen muß ein Median- oder Schrägschnitt, welcher bis zum Proc. xiphoideus hinaufreicht, hinzugefügt werden. K. sucht ferner nachzuweisen, daß der von ihm geübte Wellen- und Bogenschnitt weniger Nerven durchschneidet, als der Sprengelsche und Bakessche Schnitt. Am besten werden die Nerven, welche zum rechten Musc. rectus ziehen, geschont durch die bogenförmigen Schnitte von Kausch und Branco.

Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **H. Lohnstein** (Berlin): **Zur Kasuistik der Blasenkrankheiten.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Verf. berichtet über zwei bemerkenswerte Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um eine Hämaturie bei einer 62 jährigen Frau aus einer Ursache, wie sie bisher in der Literatur noch nicht mitgeteilt ist. Es ergab sich nämlich als Ursache der Blutbeimengung zum Urin ein an dem Uebergang von der Blase zur Harnröhre gelegenes gangränöses Geschwür und gleichzeitig Zucker (1 pCt.) im Urin der Patientin. Die Harnröhrenschleimhaut der Patientin war geschwollen und stark ektropioniert. Nach Einleitung einer antidiabetischen Diät verschwand der Zucker, das Geschwür heilte aus; die Harnröhre blieb noch 2 Wochen geschwollen und ektropioniert. Die Hämaturie wurde später nicht mehr beobachtet. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Ureterocele bei einer 28 jährigen Frau. Die Schleimhaut des rechten Ureters war an ihrer Mündung in die Blase ektropioniert, die Blasenschleimhaut der nächsten Umgebung ballonartig aufgetrieben; nach jeder Urinentleerung aus dem Ostium uretericum fiel die Auftreibung zusammen. Durch einen einfachen endovesikalen Eingriff wurde die Ureterocele beseitigt. Durch den Ureterkanal eines Albarran-Nitzeschen Uretercystoskops wurde ein Löwenhardtscher Spitzbrenner hindurchgeführt und seine Spitze in das Ureterostium eingeführt; der Brenner wurde dann etwa 1 cm weit in den Ureterkanal hineingeschoben und der Strom für einen Augenblick geschlossen. Die Reaktion nach dem Eingriff war zunächst sehr heftig; es bestanden starke Schmerzen im Leib sowie 18 Stunden hindurch reflektorische Anurie. Dann setzte eine reaktive Polyurie ein. In den ersten Tagen nach dem Eingriff bestanden starke Schmerzen bei der Harnentleerung. Einen Monat nach der Operation war die Patientin vollständig geheilt. Die Heilung blieb bis jetzt, 3 Jahre nach der Operation, bestehen. R. L.

Axel Lendorf: Was geschieht bei der suprapubischen Prostatektomie? Woraus entwickelt sich die sogenannte Prostatahypertrophie? (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 2.)

L. hat an mehr als 100 Prostatapräparaten, von Individuen jeden Alters stammend, anatomische Untersuchungen angestellt zur Klarstellung der Vorgänge bei der transvesicalen Prostatektomie. Letztere Operation kann unmöglich im Sinne des Erfinders Freyer eine Ausschälung der Prostata aus ihrer Kapsel sein; eine solche Annahme verbietet nicht nur die Ueberlegung, daß dann die Operation bei den vielfach vorhandenen Fixationen sich viel blutiger und auch technisch schwieriger gestalten müßte, als den Erfahrungen entspricht, sondern vor allem die Tatsache, die L. auch sonst noch bestätigt fand, daß die bei der Operation entstehende Wundhöhle hauptsächlich aus Prostatadrüsengewebe besteht. Nach L.s eingehenden Untersuchungen ist aber auch der hypertrophische, bei der Freyerschen Methode leicht entfernbare Kern gar nicht Prostatagewebe, sondern er stellt eine Proliferation der accessorischen Prostatadrüsen („paraurethrale Drüsen") dar, die peripher von der zentralen Ringmuskelschicht begrenzt werden. „Von diesen Drüsen nimmt die Hypertrophie ihren Ausgangspunkt, während die Prostata selbst nur ausgespreizt wird und eine Kapsel um die hypertrophische Masse bildet."

Die ganze eigentliche Prostata bleibt also zurück und die Ausschälung geht in der zentralen Ringmuskelschicht vor sich; das erklärt nicht nur die relativ leichte Technik der Operation und die schnelle Kontraktion der Wundhöhle, sondern auch das so oft beobachtete Erhaltenbleiben der geschlechtlichen Funktionen nach der Operation: Die Ductus ejaculatorii bleiben bei dieser Methode eben immer zurück.

Adler (Berlin-Pankow).

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Interne medikamentöse Therapie.

Dr. **Julius Simon** (Heidelberg): **Ueber Nebenwirkungen des Neosalvarsans.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Verf. berichtet aus der Heidelberger Universitäts-Hautklinik über die bei Neosalvarsan beobachteten Nebenwirkungen. Behandelt wurden (bis zum August 1912) im ganzen 129 Patienten mit 310 intravenösen Injektionen, alle in Kombination mit Hg. Die Patienten erhielten in der Regel nach Einleitung der Hg-Kur zuerst 0,6 Neosalvarsan, nach etwa siebentägiger weiterer Inunktionskur 0,9 g und am Ende der Einreibungskur (ca. 120 g) nochmals 0,9 g; in schweren Fällen wurde in etwa 8 tägigen Intervallen noch eine vierte und fünfte Injektion à 0,9 g gemacht. Als häufigste Nebenwirkung trat Fieber auf, und zwar mit vereinzelten Ausnahmen nur im Frühsekundärstadium, und auch da nur bei der ersten oder zweiten Injektion. 8 Patienten mit frischen Luesexanthemen hatten 8 Tage lang vor der ersten Injektion Hg angewendet und trotzdem Fieber gezeigt. Sehr gering war die Zahl der beobachteten Magen-Darmstörungen; in dieser Beziehung besitzt das Neosalvarsan dem Salvarsan gegenüber einen Vorzug. In einem Falle trat nach jeder der ersten 4 Neosalvarsan-Injektionen eine Conjunctivitis auf, die in ihrer Intensität jedesmal schwächer wurde, um nach der 5. Einspritzung ganz fortzubleiben. Arzneiexantheme wurden nur selten beobachtet. Alle die bei Neosalvarsan beobachteten Nebenwirkungen waren leicht und dauerten nur wenige Stunden, niemals länger als einen Tag. Nur in zwei Fällen trat ein schweres und anscheinend lebensgefährliches Krankheitsbild auf. In dem einen Fall handelte es sich um einen angioneurotischen Symptomenkomplex, in dem zweiten Falle, der unter dem Bilde der Commotio cerebri verlief, offenbar um eine akute Hirnschwellung, kombiniert mit einem Arzneiexanthem. Beide Fälle gelangten zur Heilung. Zusammenfassend spricht sich Verf. dahin aus, daß Nebenwirkungen bei Neosalvarsan nicht häufiger, sondern seltener als bei Salvarsan auftreten.

Prof. Dr. **Otto Busse** und Dr. **Louis Merian** (Zürich): **Ein Todesfall nach Neosalvarsaninfusion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Die Verfasser berichten über einen in der medizinischen Universitätsklinik zu Zürich beobachteten Fall von Exitus letalis nach Neosalvarsaninjektion. Es handelte sich um ein 18 jähriges Mädchen mit sekundärer Lues, welches zuerst eine Schmierkur bekommen hatte. Als die Erscheinungen rezidivierten, bekam sie zunächst eine intravenöse Infusion von 0,6 Neosalvarsan und, da sie diese gut vertragen hatte, 8 Tage später eine zweite Infusion in der gleichen Dosis. Anfangs schien auch diese gut vertragen zu werden, aber nach zwei Tagen zeigten sich zuerst tonisch-klonische Zuckungen am ganzen Körper. Am nächsten Tage wiederholten sich diese, die Patientin wurde bewußtlos und ging nach etwa 2 Tagen im Koma und Cyanose unter hohem Fieber (40°) zugrunde. Die Sektion ergab im wesentlichen folgendes: 1. Zahlreiche Blutungen, Thrombosen, Erweichungen und Entzündungsherde in der weißen Substanz des Gehirns, besonders im Balken und in der Wandung der beiden Hinterhörner der beiden Seitenventrikel, ganz besonders des rechten; 2. Blutungen und pralle Gefäßfüllung in verschiedenen Teilen des Rückenmarks, und zwar sowohl in der weißen als auch in der grauen Substanz, beginnende Quellung der Markscheiden; 3. am Herzen eine ausgedehnte Degeneration der Muskulatur, besonders unter dem Endokard. Hier fanden sich umfangreiche Blutungen und reichlicher Kernzerfall, sowie beginnende interstitielle Myokarditis; 4. in den Nieren weitgehende Degeneration des Parenchyms mit Wucherung und Desquamation des Epithels der Glomeruli; 5. in der Milz Wucherungen der Pulpa, Blutungen und beginnende Nekrosen. — Wie dieser Fall von neuem zeigt, sind die schweren, manchmal zum Tode führenden Nebenerscheinungen nach Verabreichung des Salvarsans und Neosalvarsans als toxische Wirkungen des Mittels, und zwar, wie es scheint, im wesentlichen des Arsenbestandteils desselben aufzufassen.

Dr. **L. Szametz** (Vilbel i. Hessen): **Salvarsan bei Chorea minor.** (Münch med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Den 10 bisher veröffentlichten Fällen von mit Salvarsan behandelter Chorea minor fügt Verf. einen neuen hinzu. Es handelt sich um einen 10 jährigen Knaben, der seit etwa 5 Monaten an hochgradiger Chorea litt und ohne Erfolg mit Arsentropfen behandelt worden war. Verf. beschloß, einen Versuch mit Salvarsan zu machen. Es wurden 0,2 intravenös in die Kubitalvene injiziert, was wegen der großen Unruhe in den Armen erst beim dritten Versuch gelang. Außer einer geringen Diarrhoe zwei Stunden nach der Injektion trat keine Reaktion auf. Schon nach wenigen Tagen ließen die choreatischen Bewegungen nach, nach 5 Tagen konnte der bis dahin bettlägerige Knabe das Bett verlassen, 23 Tage nach der Injektion konnte er den Schulbesuch wieder aufnehmen. Die Besserung machte dann noch weitere Fortschritte.

Prof. Dr. **Julius Donath** (Pest): **Salvarsan in der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und dessen kombinierte Anwendung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 42 u. 43.)

Verf. gibt bei der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Affektionen des Nervensystems das Salvarsan gewöhnlich intravenös in Gaben von 0,2 bis 0,5 g. Bei Encephalomalacien, Arteriosklerose des Gehirns, Hemiplegien soll es nicht intravenös gegeben werden, wegen der Gefahr einer Rhexis infolge Steigerung des Blutdruckes sowie der Anfachung von Entzündungsherden durch die hyperämisierende Wirkung auf das Gehirn. Bei Paralytikern beginnt man mit 0,2 g Salvarsan intravenös und steigt in 1—2 wöchentlichen Intervallen evtl. auf 0,3—0,4 g. Frauen bekommen um 0,1 g weniger. Intraglutäal verwendet Verf. das Salvarsan bei syphilitischen Hemiplegien, ferner, wenn die Venen sehr eng sind, und stets bei Kindern. Unfälle erlebte Verf. bei dieser vorsichtigen Anwendung des Salvarsans nicht. Zur Unterstützung des Salvarsans bei der Behandlung der echtsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems gibt Verf. Quecksilberinunktionen oder Enesolinjektionen, sowie Jodpräparate. Bei der Dementia paralytica kombiniert Verf. das Salvarsan mit Natr. nucleinic. Letzteres wird in 10 proz. Lösung injiziert, und zwar in Dosen von 1 g stufenweise steigend bis 4 g. Die Vorschrift ist:

Natr. nucleinic. . . . . 1,0—4,0 g
Natr. chlorat. puri . . . 0,1—0,4 „
Solve leni calore in Aq destill. sterilis. 10—40.

Die frisch bereitete Lösung wird auf einmal subkutan injiziert. Vorher Infiltrationen; Anästhesie mit 1 proz. Novocain ohne Adrenalin; Injektionsstellen gewöhnlich die seitliche Brustgegend, abwechselnd rechts und links. — Was nun die therapeutischen Ergebnisse des Salvarsans anlangt, so wurde bei L u e s c e r e b r i beobachtet Rückgang bezw. Besserung der Facialislähmungen; bei luetischer Hemiplegie Rückgang der Lähmungserscheinungen (in 2/3 der Fälle); bei syphilitischer Epilepsie Rückgang der Flexionskontrakturen, Aufhören der Krampfanfälle; häufig Aufhören bezw. Nachlassen der Schmerzen (besonders der Kopfschmerzen), vielfach Besserung des Allgemeinbefindens; in der psychischen Sphäre Besserung des Gedächtnisses. Bei L u e s c e r e b r o s p i n a l i s erfolgt in vielen Fällen wesentliche Besserung, z. B. des Ganges, der Blasenfunktion und Erektion, des Kräftezustandes usw. Aehnlich verhielt sich die L u e s s p i n a l i s. Bei der T a b e s in den Initialstadien wurden zuweilen die Patellarreflexe wieder gut auslösbar, die Ataxie schwand, das R o m b e r g sche Symptom schwand in manchen Fällen, zuweilen gingen die gastrischen Krisen und die lancinierenden Schmerzen zurück. Vielfach besserte sich das Allgemeinbefinden. Bei der beginnenden D e m e n t i a p a r a l y t i c a kehrte die Pupillenreaktion in 3 (unter 28) Fällen wieder, in einem Falle die Sehnenreflexe. In 11 Fällen wurde die Sprache gebessert oder normal; das Allgemeinbefinden besserte sich in 18 Fällen, das Gedächtnis in 7 Fällen. Die Intelligenz hob sich sichtlich in 9 Fällen. In 3 Fällen wurde die volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt.

Dr. **A. Althoff** (Attendorn i. W.): **Zur Behandlung des Keuchhustens.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Verf. wendet bei der Behandlung des Keuchhustens allgemeine und spezielle Maßnahmen an. Bettruhe ist nur bei Fieber erforderlich; in der warmen Jahreszeit soll das Kind täglich lange in frischer Luft sich aufhalten. Mittags lasse man es ½—1 Stunde im Zimmer mit entblößtem Oberkörper sich bewegen. Die Ernährung sei leicht und kräftig; keine trockene und krümelige Speisen. Abends gebe man ein warmes Senfbad von 35—36° C. mit einer kühlen Uebergießung am Schluß des Bades; zuerst 3 Tage jeden Abend vor dem Schlafengehen, dann jeden zweiten Abend, bis im ganzen 8—10 Senfbäder verabreicht sind. Zu jedem Bad wird etwa ¼ Pfund Senfmehl zugesetzt. Die Dauer des Bades beträgt 3—5 Minuten; während des Bades wird das Wasser ständig mit der Hand umgerührt. — Die spezielle Behandlung besteht erstens in Einreibungen des ganzen Rückens mit einem haselnußgroßen Stück Benguebalsam resp. Balsamum Mentholi compositum (Menthol, Methylsalicylicat āā 10, Lanolin 12). Man reibe morgens, mittags und nachmittags ein. Nachts gebe man einen lauwarmen Brustumschlag von Wasser mit etwas Alkoholzusatz. Zweitens reiche man Hustenmittel, evtl. mit Zusatz von schwachen Narkoticis, z. B.:

Inf. rad. Ipecacuanh. . . 0,3 : 170
Antipyrin
Natrium bromat. . . . āā 2,0
Heroin. muriatic. 0,01
Sirup. Althaeae ad . . . 200,0
S. 3stündl. 1 Tee- bis 1/2 Eßlöffel zu geben

oder

Antipyrin
Natr. bromat. . . . . āā 2,0
Heroin. muriatic. . . . . 0,006—0,01
Aq. destill. ad 100,0
S. 2—3stündl. 1 Tee- bis ½ Eßlöffel in Milch zu geben
oder
Aristochin . 0,05—0,1 (bei Kindern unter 1 Jahr)
—0,3 (bei älteren Kindern)
Sacchari alb. . . 0,5
Da tales doses No X.
S. 3mal tägl. 1 Pulver zu geben.

San.-Rat Dr. **Edmund Saalfeld** (Berlin): **Ueber Jodostarin.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. hat das Jodostarin „Roche", welches seiner chemischen Zusammensetzung nach bekanntlich Taririnsäure-dijodid ist und in Form von Tabletten à 0,25 g in den Handel kommt, bei 26 Fällen sekundärer und 52 tertiärer Lues als Jodkalisalz angewendet. Er fand eine dem Jodkali analoge, prompte Beeinflussung tertiärer syphilitischer Krankheitsprozesse durch das Jodostarin, während der Erfolg bei sekundärer Lues natürlich nicht so evident ist. Unangenehme Nebenwirkungen waren selten. In den meisten Fällen, bei denen Jodkali Intoxikationserscheinungen hervorrief, wurde Jodostarin anstandslos vertragen. Die äußerst selten beobachteten Nebenerscheinungen bestanden in Schnupfen, Magen- und Kopfschmerzen sowie leichten enteritischen Symptomen; sie gingen immer nach Aussetzen des Mittels prompt zurück und traten dann gewöhnlich nach Wiederaufnahme des Mittels nicht wieder auf, was auf eine gewisse Gewöhnung des Organismus an das Jodostarin schließen läßt. Der Jodgehalt des Jodostarins beträgt 47,5 pCt. Es wird relativ schnell vom Darm aus resorbiert. dagegen langsam ausgeschieden. Seine Wirkung ist infolgedessen protrahierter als die des Jodkalis und man kommt mit kleinen Dosen aus. Ein Vorzug des Jodostarins ist seine Geschmacklosigkeit. Verf. fing mit 3 Tabletten pro die an und steigerte die Dosis allmählich, im Höchstfalle bis auf 20 Tabletten pro die. R. L.

Schiffsarzt Dr. med. **Frank** (Hamburg): **Veronal und Veronalnatrium bei Seekrankheit.** (Klinisch-therap. Wochenschrift, 1912, No. 38.)

Die Präparate wurden verwendet in 34 Fällen von Seekrankheit, ferner 8 mal wegen leichten Unwohlseins, kombiniert mit nervösen Erscheinungen und Schlaflosigkeit beim Eintritt in die heiße Zone, 2 mal wegen Ischias, 1 mal wegen Trigeminusneuralgie, 3 mal wegen Periostitis, 2 mal wegen Hysterie.

Veronalnatrium wurde in den 20 ersten Fällen von Seekrankheit und 5 Fällen von nervösen Störungen einen über den anderen Tag, drei Tage lang, gegeben, alsdann ebensolange Veronal, beides in Dosen von 0,5 g, 1 g und 1,5 g bei Männern und 1 g bei Frauen. Die Wirkung des Natriumsalzes war jedoch durchweg nicht so exakt, wie die des reinen Veronals. In 4 Fällen trat das Schlafbedürfnis früher ein als bei Veronal, jedoch kam es des Nachts zu Schlafunterbrechungen. Günstig steht dem gegenüber, daß weder Rauschgefühl noch Abspannung am anderen Tage vorhanden war. Puls, Diurese, Appetit blieben immer normal. Eiweißausscheidung war nie nachzuweisen.

Die nervösen Störungen wurden durch Veronal gänzlich beseitigt, ebenso die Trigeminusneuralgie. Bei den Fällen von Periostitis wurde Nachlassen der Schmerzen und Einschlafen erreicht. Wenig beeinflußbar erwiesen sich die Ischiasfälle, dagegen reagierten die Hysteriefälle sehr günstig.

Die Seekranken erhielten 3 mal täglich 0,2 bis 0,5 g. Mit einer Ausnahme war bei allen Fällen ein günstiger Einfluß zu bemerken. Das Würgen ließ nach, der Kopfschmerz wurde geringer und das Bedürfnis nach mäßiger Nahrungsaufnahme trat wieder ein. In den meisten Fällen, selbst bei fieberhaften Erkrankungen, war eine Temperaturherabsetzung von fast über 0,5 ° zu beobachten.

Veronal und Veronalnatrium sind sicher imstande, unter Ausschluß von Autosuggestion günstig auf die Seekrankheit und das Unwohlsein, welches bei vielen Personen infolge langer Eisenbahnfahrten entsteht, einzuwirken. Bei nervösen Erscheinungen und starken Schmerzen ist Veronal gegenüber dem Veronalnatrium zu bevorzugen. M.

Chirurgische Therapie und Technik.

a) Externe medikamentöse Maßnahmen.

Privatdozent Dr. **Karl Ullmann** (Wien): **Ueber ein neues Prophylakticum „Virilact" gegen venerische Infektion.** (Dermatologisches Centralblatt, 1912, No. 1 u. 2.)

Das Prophylakticum besteht aus einer Kombination von Wasserstoffsuperoxyd und Methylpropylphenol, letzteres bis zur Sättigung in Glyzerin gelöst. Diese Desinfektionsflüssigkeit wird in kleinen, durch Fingerdruck entleerbaren Zinntuben von den chemischen Werken Dr. R. und Dr. O. Weil in Frankfurt a. M. in den Handel gebracht. Das Einträufeln der Lösung erfolgt in das Orificium urethrae (15—20 Tropfen) und in den Präputialsack; bei rücklegbarem Präputium erfolgt noch eine Einsalbung der Innenfläche des Präputiums und der gesamten kontaminierten Penishaut mit einigen Gramm einer Salbe, welche dieselben Bestandteile wie die Injektionsflüssigkeit enthält, jedoch mit Lanolin als Vehikel. Virilact erzeugt kein Brennen und kann daher längere Zeit am Einwirkungsort belassen werden.

Ullmann konstatiert eine totale Reizlosigkeit und Unschädlichkeit des Mittels (im Gegensatze zu den prophylaktischen Silbermitteln, welche, längere Zeit angewendet, einen chronisch-katarrhalischen Reizzustand der Schleimhaut, ja selbst Strikturen erzeugen können), das Fehlen einer nachträglichen Eiterung der Schleimhaut, sowie einer Verklebung der Harnröhrenmündung; ebenso tritt keine Befleckung der Leibwäsche ein.

Kulturversuche ergaben, daß der Kontakt der Flüssigkeit von 1, 2 und 5 Minuten zur völligen Keimtötung ausreicht, d. i. die in der Flüssigkeit frei suspendierten Gonokokken oder Staphylokokken zu avirulisieren, für den besten künstlichen Nährboden wachstumsunfähig zu machen. Freilich ist damit noch nicht bewiesen, ob dies auch für das Schleimhautepithel gilt. Bei älterem Gonokokkenmaterial wurde ein regelmäßiges und gleichmäßiges Abtöten der Keime nicht beobachtet. Wenn aber die prophylaktische Einträufelung unmittelbar nach der Kontamination erfolgt, erscheint Virilact als empfehlenswertes Prophylakticum; auch berichtet Ullmann, daß von 20 Personen, die das Mittel gebrauchten, keiner eine venerische Infektion akquirierte. Virilact soll mindestens 3 Minuten einwirken.

Eugen Brodfeld (Krakau).

b) Operative Therapie und Technik.

Dr. **Liek** (Danzig): **Zur Behandlung drohender traumatischer Extremitätengangrän.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Bei schweren Extremitätenverletzungen mit erhaltener schmaler Hautbrücke muß man, wie Verf. auseinandersetzt, in erster Linie für Beseitigung der venösen Stase sorgen. Noesske macht, um dies zu erreichen, eine tiefe quere Inzision und schließt eine Saugbehandlung an. Man erreicht aber denselben Erfolg nach Verf. in manchen Fällen durch kleine Inzisionen und feuchtwarme Verbände. Verf. führt einige von ihm auf diese Weise mit Erfolg behandelte Fälle an (eine schwere Durchtrennung der Ohrmuschel, zwei Fingerverletzungen). Das Verfahren hat den Vorteil großer Einfachheit und hinterläßt keine sichtbaren Narben. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Dezember 1912.
Vorsitzender: Herr Orth.
Tagesordnung:

Versuche über die Biologie der Tiergeschwülste.
(Mit Projektionen.)

Herr **Carl Lewin**: Die Grundlage aller unserer Arbeiten auf dem Gebiete der Krebsforschung kann nur die vergleichende Biologie der Geschwülste des Menschen und der Tiere sein. Ihr Studium begann mit der Kenntnis der übertragbaren Tiertumoren, besonders bei Ratten und Mäusen. Mikroskopisch gleichen diese Geschwülste vollkommen denen des Menschen. Bei Ratten kommen fast ausschließlich bindegewebige, bei Mäusen dagegen fast nur epithelial gebaute Geschwülste vor, was auf eine Verschiedenartigkeit in der Empfänglichkeit beider Zellarten bei den verschiedenen Tierarten zurückzuführen ist. Die epithelialen Tumoren der Mäuse werden von Apolant für Carcinome der Mamma gehalten auf Grund ihres Vorkommens fast nur bei Weibchen, ihres der Verbreitung der Mamma entsprechenden Sitzes und ihres mikroskopischen Baues. Diesen Anschauungen sind die meisten Autoren beigetreten, während v. Hansemann diese Mäusegeschwülste für Endothelione hält, die prinzipielle Differenzen gegenüber den Tumoren des Menschen zeigen. Der anatomische Bau und die Herkunft dieser Tumoren ist in der Tat weniger bedeutsam als ihr biologisches Verhalten. Sie sollen nach v. Hansemann ein infiltratives Wachstum zeigen, Metastasen nur im Verlaufe der Impfungen und Kachexie überhaupt nicht verursachen.

Im allgemeinen läßt sich sagen, daß das infiltrative Wachstum bei diesen Tumoren sehr wenig ausgesprochen ist. Das liegt aber nicht an einer geringeren Bösartigkeit der Zellen. Infiltratives Wachstum kann nur zustandekommen, wenn die malignen Zellen in ihrem Wachstum durch die Nachbargewebe gehindert werden. In dem lockeren subkutanen Gewebe der Mamma findet der Tumor aber gar keinen Widerstand. Er wächst hier frei und ungehindert, so wie die oberflächlichen Tumoren des Menschen in der Richtung des geringsten Wider-

standes wachsen. E. Schwalbe berichtet über ein Mammacarcinom einer Frau, das ebenfalls vollkommen abgekapselt im lockeren Bindegewebe wuchs. Nicht daß der Tumor minder bösartig ist, verhindert das infiltrative Wachstum der Tiergeschwülste, sondern die besonderen biologischen Bedingungen der Gewebe, in denen sie wachsen. Impft man in innere Organe, so wachsen die Tumoren immer infiltrativ. Das gleiche Verhalten zeigt sich bei der Impfung in den Oberschenkel zum Teil mit Einstich in die Muskulatur. Auf diese Weise gelang es Vortr., bei jedem Mäuse- und Rattentumor infiltratives Wachstum in der Muskulatur zu erzielen. (Demonstration.)

Auch die Behauptung, daß Metastasen bei Spontantumoren überhaupt nicht, sondern nur bei Impftumoren vorkommen, ist falsch. Das geht schon aus den Angaben der Literatur hervor. Vortr. hat selbst Metastasen in Leber, Milz und Lungen bei Spontantumoren beobachtet (Demonstration). Bei den Impftumoren sind Metastasen seltener. Hier spielen offenbar konstitutionelle Einflüsse eine Rolle. Es ist ein Irrtum, daß etwa sehr bösartig wuchernde Tumoren Metastasen machen. Vortragender berichtet über einen metastasierenden Spontantumor, der außerordentlich langsam und nur zu geringer Größe heranwuchs. Bei der weiteren Impfung zeigten sich Metastasen, so lange der Tumor sein langsames und wenig virulentes Wachstum beibehielt. Mit dem Augenblick, wo sich die Virulenz vergrößerte und der Tumor sehr schnell wuchs, hörte die Metastasenbildung auf. Wrzosek sah bei Tumoren in 45 bis 50 pCt. Metastasen, wenn er in den Schwanz impfte, wo die Tumoren langsam und nur in geringer Größe wachsen können. Vortragender erklärt diese Erscheinungen als Beweise für die Ehrlichsche Athrepsie; d. h. der wenig virulente Tumor läßt die mikroskopisch immer vorhandenen Metastasen sich entwickeln, weil er nicht alles Nährmaterial für sich verbraucht, während ein lebhaft wuchernder Tumor infolge des Verbrauchs alles verfügbaren Nährmaterials Metastasenbildung verhindert. Auch bei Menschen sehen wir oft Fehlen von Metastasen bei sehr großen Primärtumoren, dagegen große Metastasen bei relativ geringfügigen primären Geschwülsten.

Der dritte Faktor der Malignität, die Kachexie, zeigt sich bei den Tumortieren in dem Vorhandensein von schwereren Blutveränderungen und amyloiden Degenerationen. So sind wir also berechtigt, diese Tumoren Krebs resp. Sarkom zu nennen, sie dennoch als bösartige Geschwülste zu bezeichnen.

Mit diesen Tumoren sind nun eine Reihe von bedeutungsvollen Beobachtungen, welche die Aetiologie betreffen, gemacht worden. Es ist die Tatsache der Entstehung neuartiger Tumoren nach der Ueberimpfung von Tiergeschwülsten. Ehrlich-Apolant haben zuerst die Entstehung eines Sarkoms nach Carcinomimpfung bei der Maus beschrieben, dasselbe berichten Loeb, Liepmann, Bashford, Haaland, Lubarsch, Stahr etc. Verf. hat dasselbe bei der Ratte und in zwei Fällen auch bei der Maus beobachten können. Wichtiger noch ist die Entstehung von Carcinomen nach der Impfung. Vortr. hat bei der Ratte nach der Transplantation eines Adenocarcinoms ein Kankroid sich entwickeln sehen und eine ähnliche Beobachtung verzeichnet auch L. Loeb. Hier aber ist die Frage der metaplastischen Umwandlung von Drüsenkrebs zu Plattenepithelkrebs noch zu erörtern. Das fällt weg, wenn es gelingt, Krebs nach Sarkomimpfung zu erzeugen. Das ist Vortragendem in einem Falle bereits früher gelungen, dann auch Sticker und Nicholson. Neuerdings konnte Vortragender in der 36. Impfgeneration eines Spindelzellensarkoms der Ratte die Bildung eines Mammacarcinoms beobachten. Das spricht für die Bedeutung des Reizes in der Aetiologie der Tumoren. Der Reiz ist nach Ehrlich ein chemischer; denkbar wäre allerdings auch ein von Parasiten ausgehender Reiz, der nach neuerlichen Beobachtungen von P. Roux sehr wohl zu erwägen ist.

Endlich bespricht Vortr. therapeutische Versuche. Die nichtoperative Therapie des Krebses beim Menschen ist jetzt wie früher noch immer aussichtslos. Lediglich Kankroide bieten ein günstiges Objekt und werden mit den allerverschiedensten Mitteln beseitigt. Das ist aber keine Lösung des Problems. Die eigentlichen Carcinome, besonders der inneren Organe, werden nur selten und dann von den allerverschiedensten Dingen beeinflußt, so daß hier nur Zufallsheilungen, niemals spezifische Beeinflussungen zu beobachten sind. Auch die therapeutischen Versuche am Tier haben uns darin vorläufig noch nicht weitergebracht. Zwei Wege werden hier beschritten. Die Chemotherapie hat durch v. Wassermann, dann durch Neuberg und Caspari und neuerdings Werner erhebliche Fortschritte gemacht. Vortragender hat sich mit den auf Immunitätserscheinungen beruhenden biologischen Versuchen der Tumortherapie bei Tieren beschäftigt.

So gelang ihm die Heilung von Rattensarkomen nach der Injektion des Serums von 14 Tagen vorher negativ geimpften Tieren. Noch bessere Resultate ließen sich erzielen, wenn nach dem Vorgange von Braunstein die Milz von 2- bis 3 mal intraperitoneal mit Tumor injizierten Ratten oder Mäusen zur Therapie verwendet wurde. In Gemeinschaft mit Meidner konnte Vortragender fast in 50 pCt. Heilungen, in 60 pCt. Besserungen erzielen. Diese Methode läßt sich aber vorläufig auf den Menschen nicht übertragen. Besser ist das möglich bei den Versuchen mit autolysiertem Tumormaterial. Wie schon Jensen, Fichera und Blumenthal konnte auch Vortragender durch Injektion von autolysiertem Sarkom bei Ratten in etwa 35 pCt. Heilungen erzielen, wenn er denselben Tumorstamm zu den Versuchen benutzte. Bei Verwendung anderer Tumoren war der Erfolg geringer. Das läßt diese Methode für die Verhütung von Rezidiven anwendbar erscheinen, wie in der Tat von Delbet, Rovsing und von Ranzi und v. Graff versucht worden ist. Aus diesen Ausführungen schließt Vortragender, daß die Tiergeschwülste als Carcinom und Sarkom anzusehen sind, welche für Aetiologie und Therapie auch der menschlichen Tumoren wichtige Ergebnisse zeitigen. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **H. Hirschfeld** hat schwere Veränderungen des Blutes bei tumorkranken Tieren gefunden, im wesentlichen Anämie und Leukocytose. Die Veränderung des Blutbildes ist dem Erkrankungsgrade im großen und ganzen proportional; Impf- und Spontantumoren machen in dieser Hinsicht keinen Unterschied. Falls keine Metastasen vorhanden sind, wird das Blutbild nach Exstirpation des Tumors bald wieder normal.

Herr **Meidner** hat sich mit der noch nicht genügend untersuchten Frage der Antikörperbildung beim geschwulstkranken Tier beschäftigt; er glaubt, aus seinen Versuchen schließen zu können, daß, wenn auch das Entstehen von Geschwulstantikörpern nicht ganz sicher sei, jedenfalls Abwehrbestrebungen im tumorkranken Rattenorganismus angeregt würden.

Herr **v. Hansemann**: Die demonstrierten Tumoren sind nicht identisch mit menschlichen Carcinomen. Bei den Spontantumoren der Mäuse kommen zwar bisweilen Metastasen vor, meist handelt es sich bei Metastasen um Impftumoren. Man wird übrigens öfters dadurch getäuscht, daß Händler, welche mit Impftumoren behaftete Mäuse verkaufen, die Tumoren fälschlich als Spontantumoren ausgeben. Auch tierische Tumoren können infiltrativ wachsen. Menschliche Tumoren ähneln bisweilen solchen Tiertumoren sehr.

Herr **C. Davidsohn**: Die bei den tumorkranken Tieren beobachtete Anämie ist keine Aeußerung der Kachexie, sondern ein Begleitsymptom des Durchbruches des Tumors nach außen. Im Gegensatz zu den menschlichen Tumoren findet bei den Mäusetumoren das infiltrative Wachstum nicht bis ins Sarkolemm, sondern nur im interstitiellen Gewebe statt.

Herr **P. Lazarus** hat niemals erlebt, daß ein krebskranker Mensch durch eines der neuerdings gegen den Krebs angegebenen Mittel geheilt worden wäre, während diese den Mäusekrebs teilweise in der Tat beseitigen können. Für die Menschen ist daher nach wie vor die rechtzeitige Operation das radikale Heilmittel; erst nach dieser oder wenn es für sie zu spät ist, können jene in Betracht kommen.

Herr **G. Klemperer**: Die angeführten Unterschiede zwischen menschlichen und tierischen Tumoren sind zuzugeben. Betrachtet man den Krebs als parasitäre Krankheit, so besteht die Aufgabe darin, zu zeigen, daß die Verschiedenheit der Erkrankungen bei Mensch und Tier nicht größer ist als bei anderen parasitären Krankheiten, die gleichzeitig beim Menschen und Tieren vorkommen, und ferner die Natur dieser Verschiedenheiten klarzustellen. Hätte die Krebskrankheit der Tiere mit der des Menschen gar nichts zu tun, so dürfte man eben den Menschenkrebs nicht mehr am Tiere studieren.

Herr **C. Lewin**: Schlußwort.

Von der 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Münster i. W.

vom 15. bis 21. September 1912.

(Fortsetzung.)

Die Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologia tagte am 16. September gemeinsam mit der niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Den ersten Vortrag hielt Everke (Bochum) über Tuberkulose und Schwangerschaft. Er spricht sich dafür aus, bei manifester Lungentuberkulose die Schwangerschaft möglichst frühzeitig zu unterbrechen; auch bei latenter Tuberkulose solle man nicht zu lange warten, falls schon Kinder da sind. Kinderreiche Frauen sind gleichzeitig zu sterilisieren, um die Frau von späterer Konzeption und den damit verbundenen Gefahren und seelischen Erregungen zu schützen. Als Methode empfiehlt Vortr. die vaginale Exstirpation des uneröffneten Uterus, eventuell mit Entfernung der Adnexe. Schwere Ausfallserscheinungen sah er nach diesem Eingriff nicht auftreten. — In der Diskussion erklärte sich Pankow (Düsseldorf) gegen die Unterbrechung der Schwangerschaft bei latenter Tuberkulose; erst wenn die Tuberkulose manifest wird, soll man die Gravidität unterbrechen, was auch ohne Gefahr noch in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft möglich ist. Die Neugeborenen tuberkulöser Mütter sind sofort nach

der Geburt von der Mutter dauernd zu trennen. Mit der Unterbrechung der Schwangerschaft soll man die Tubensterilisation verbinden, nicht die Exstirpation des Uterus. Füth (Cöln) empfiehlt zur Sterilisation nach Unterbrechung der Schwangerschaft die vaginale Corpusamputation und Erhaltung der Ovarien. Schauta (Wien) macht zur Sterilisation die Unterbindung der Tube, und zwar in situ, ohne daß der Uterus hervorgewölbt wird. Im Schlußwort begründet Everke noch einmal seinen Standpunkt. — Den zweiten Vortrag hielt Gördes (Münster): Ueber Kraurosis vulvae. Er hat den Eindruck, daß diese Affektion häufiger geworden ist; zwischen Kraurosis vulvae einerseits und Diabetes und Carcinom andererseits scheinen enge Beziehungen zu bestehen. Die Therapie hat in der Exstirpation der befallenen Hautpartien zu bestehen; bei nicht tiefgreifenden kraurotischen Veränderungen der Haut und nach der Operation zurückbleibenden Resten empfehlen sich Pinselungen mit Jodtinktur. Ueber Spätblutungen bei Tubargravidität sprach Pankow (Düsseldorf). Bei der einfachen Hämatocele behandeln viele expektativ, fordern jedoch klinische Beobachtung, da auch nach Entstehung der Hämatocele noch Rupturen eintreten können. Vortr. hat drei Fälle beobachtet, bei denen nach 2½ resp. nach 3—4 Monaten und bei palpatorisch nachgewiesener Rückbildung des Tubentumors und der Hämatocele plötzlich schwere Rupturblutungen eintraten. Prognostisch sind derartige Blutungen günstiger, weil durch die vorausgegangenen Veränderungen eine Blutung in die freie Bauchhöhle verhindert wird. Derartige Fälle zeigen, daß man auch die einfache Hämatocele operieren soll. In der Diskussion wurden die Angaben des Vortragenden von fast allen Rednern bestätigt; die meisten sprachen sich für die Operation bei jeder Extrauteringravidität aus. Falk (Berlin) operiert nicht bei tubaren Aborten, bei denen der Fruchttod in den ersten Wochen der Schwangerschaft ohne ernstere Symptome und ohne größeren Bluterguß in oder um die Tube eintrat. Von den übrigen Vorträgen erwähnen wir noch: Pankow (Düsseldorf): Ueber Ligamentverdoppelung. Er empfiehlt bei Reflexio uteri mobilis eine Operation, bei der eine Verdoppelung der Ligamenta rotunda stattfindet, indem nach abdominaler Eröffnung des Peritoneums das Ligamentum durchschnitten und der mediale Stumpf auf dem durch Anspannung des lateralen Stumpfes entstehenden Peritonealkegel am Leistenkanal aufgenäht wird, während der laterale Stumpf in den Uterus eingenäht wird. Schütte (Gelsenkirchen) sprach über Lumbalanästhesie. Er hat sie bei 1394 größeren Operationen benutzt, darunter 711 Laparotomien, und zwar mit Tropakokain. Ein Todesfall trat darnach ein, 5 Minuten nach der Injektion an Atemlähmung; es handelte sich dabei um eine kachektische Person, für welche die injizierte Dosis zu stark war. Außerdem kamen drei Fälle von Oculomotoriuslähmungen und zwei Fälle von Peroneuslähmung vor, die nach 2 bis 3 Wochen zurückgingen. Kopfschmerzen leichten Grades traten in 7—8 pCt., schwerere in 1—2 pCt. der Fälle auf. Im allgemeinen ist nach Vortr. die Lumbalanästhesie der Inhalationsnarkose in mancher Hinsicht überlegen; die postoperative Mortalität ist erheblich geringer. In der Diskussion wurden die Vorzüge der Lumbalanästhesie mit Tropakokain von verschiedenen Rednern bestätigt; die Kombination mit dem Skopolamin-Dämmerschlaf wurde teils empfohlen, teils widerraten. Am Schluß der ersten Sitzung berichtete Everke (Bochum) über einen Fall von Osteomalacie beim Manne.

Die zweite Sitzung, am 17. September, wurde durch einige Vorträge mehr theoretischen Charakters eröffnet. A. Mayer (Tübingen) berichtete über experimentelle Untersuchungen über die Milchsekretion. Es gelang ihm, bei Ziegen durch Einspritzung von Placentarsaft Milchsekretion hervorzurufen, u. a. auch bei einer 6—8 Wochen alten Ziege. Schickele (Straßburg) sprach über die sogenannte Wellenbewegung im Leben des Weibes. Vortragender stellt eine gesetzmäßige Wellenbewegung in Abrede. Ein periodisches An- und Abschwellen der Uterusschleimhaut vor, während und nach der Menstruation ist nur in einem Drittel der Fälle nachzuweisen. Die größte Zahl der Frauen ist durch die Menstruation nicht wesentlich gestört. Es besteht also keine Zunahme der Funktion vor der Menstruation und keine Abnahme derselben während und nach der Menstruation. Koblanck und Röder (Berlin) berichteten über Tierversuche über die Beeinflussung des Sexualsystems durch nasale Eingriffe. Nach Exstirpation der unteren Nasenmuschel bei jungen Kaninchen erwies sich das Genitalsystem in seiner Entwicklung stark gehemmt im Vergleich zu dem von nichtoperierten Kaninchen desselben Wurfes. Dieses Zurückbleiben der Entwicklung der Genitalorgane ist nicht nur ein anatomisches, sondern zeigt sich auch in dem sexuellen Verhalten der Tiere. Diese experimentellen Ergebnisse sind eine Stütze der nasalen Therapie genitaler Störungen. Der nächste Vortrag von Füth (Cöln): Erfordert die auf das Rektum übergehende Adenomyositis die Darmresektion? hatte rein spezialistisches Interesse. Jaschke (Gießen) besprach die Ziele und Erfolge der Säuglingsfürsorge an Gebäranstalten. Er fordert die Durchführung einer strengen Asepsis und der natürlichen Ernährung in jedem Falle. Steffen (Kiel) zeigte ein einfaches Bauchdeckenrahmenspekulum für Operationen. Edm. Falk (Berlin) lieferte einen experimentellen Beitrag zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose. Das Ergebnis der an Meerschweinchen angestellten Versuche war folgendes: Bei Tieren, bei denen die Operation in einem Stadium ausgeführt wurde, wo bereits Leber, Milz oder Nieren tuberkulös erkrankt waren, ließ sich keine Heilung auf irgendeinem Wege erzielen, jedoch waren die tuberkulösen Veränderungen auf dem Peritoneum und Netz bei den bestrahlten Tieren geringer als bei den nichtbestrahlten. (Die Tiere wurden nach eröffneter Bauchhöhle bestrahlt.) Wurde die Operation in einem Stadium ausgeführt, in dem die Tuberkulose auf das Peritoneum und in geringem Umfange auf das große Netz beschränkt war, so trat bei der Röntgenbestrahlung Dauerheilung ein, auch in Fällen, in denen die Tiere, bei denen nur eine Laparotomie, aber keine Bestrahlung ausgeführt war, keine Heilung zeigten. Schickele (Straßburg) sprach über klinische Beobachtungen zur Lehre vom Geburtsmechanismus. Wie er festgestellt hat, tritt der Kopf nicht immer mit querstehender Pfeilnaht in den Beckeneingang ein. Die Pfeilnaht steht vielmehr sehr oft von Anfang an im schrägen Durchmesser und durchaus nicht so selten, wie man gewöhnlich annimmt, von Beginn der Geburt an im geraden Durchmesser. Es ist nicht richtig, daß die erste Drehung des Kopfes um seinen Querdurchmesser und die zweite Drehung scharf voneinander getrennt sind. Die zweite Drehung spielt sich nicht innerhalb einer bestimmten Ebene ab, sondern während des Tiefertretens des Schädels, es können aber auch zwei deutlich getrennte Phasen beobachtet werden. Einige weitere Vorträge, von denen wir nur die Titel nennen: Bondy (Breslau): Beitrag zur Diagnose des Kephalhämatoms, Schaeffer (Heidelberg): Lipomatöse Geschwülste der Leistengegend des Weibes und Blutungen aus der Harnblase infolge von Rektalbehandlung, von demselben, knüpfen an Einzelbeobachtungen an. Zum Schluß kamen wieder zwei praktisch wichtige Vorträge. Frank (Cöln) besprach seine Erfahrungen mit dem subkutanen Symphysenschnitt. Er hält die Symphyseotomie für eine überaus segensreiche Operation. Eine größere Blutung wird vermieden, indem die Klitoris und Harnröhre mit ihren Gefäßen durch die linke Hand vom Operationsfeld abgedrängt werden. Ein einfaches Messer wird dann mitten auf die Symphyse eingestochen. Zuerst wird die untere Hälfte mit dem Ligamentum cruciatum durchschnitten, dann die obere Hälfte der Symphyse von vorn nach hinten. Der Einstich wird sofort durch einen tiefgehenden Katgutfaden geschlossen. Beim Einstechen soll man die Darmbeinschaufeln auseinanderziehen und im letzten Moment der Operation wieder zusammendrücken; noch eine Zeitlang soll man nach der Operation einen leichten Druck auf die Symphysengegend ausüben, um ein größeres Hämatom zu verhüten. Ein exakter aseptischer Verband wird dann angelegt, welcher das Becken hält. Bei Verdacht einer Blasenverletzung ist ein Dauerkatheter einzulegen. Vortr. hat die Operation 91 mal gemacht (auch bei Fiebernden). 69 mal handelte es sich um Mehrgebärende; von diesen starb keine, auch die Kinder blieben am Leben. Von den 22 Erstgebärenden starb eine Frau, ferner starben sieben Kinder in dieser Gruppe. Erstgebärende sollen möglichst von der Operation ausgeschlossen werden. Zum Schluß sprach Leineweber (Münster i. W.) über Zangenentbindungen im allgemeinen und besonders bei Vorderhauptlage. —n.

IV. Bücherschau.

Der Organismus als kalorische Maschine und der zweite Hauptsatz. Von Dr. **Emil Simonson**, Arzt in Charlottenburg. Charlottenburg 1912, Paul Baumann, Verlag. 139 S. 5 M.

In einem im Jahre 1910 in der Berliner physiologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage hatte Verfasser den kühnen Versuch unternommen, die durch die Erfahrung am Krankenbette, durch Tierversuche und durch bakteriologische Forschungen gestützte Auffassung des Fiebers als eines Heilfaktors auch auf deduktivem Wege, nämlich mittels des zweiten Hauptsatzes der Thermodynamik, zu begründen. Fürwahr ein kühnes Unterfangen. Nach Ansicht der maßgebendsten Physiker bereitet noch heute der zweite Hauptsatz dem Verständnis die größten Schwierigkeiten. Man lese nur, was Max Planck, wohl der bedeutendste deutsche Forscher der Gegenwart auf dem Gebiete der theoretischen Physik, speziell der Thermodynamik, vor noch nicht langer Zeit über diesen Punkt gesagt hat (8 Vorträge über theoret. Physik, Leipzig 1910, S. 10—12). Wie schwer ist es, diesen zweiten Hauptsatz schon auf einfache physikalische und chemische Vorgänge richtig anzuwenden. Und nun gar auf etwas so Kompli-

ziertes wie den lebenden Organismus! Das dürfte vorläufig unmöglich sein. So war es nicht wunderbar, daß die Auffassung, die S. in jenem Vortrage zu begründen suchte, von verschiedenen Diskussionsrednern, bekannten Physiologen, einen entschiedenen Widerspruch erfuhr. In der vorliegenden Schrift versucht nun Verfasser eine ausführliche Widerlegung der gegen ihn erhobenen Einwände und gibt eine nochmalige eingehende Begründung des von ihm vertretenen Standpunktes. Es ist anzuerkennen, daß S. eine große Summe geistiger Energie auf diese Aufgabe verwendet hat, daß es versteht, die schwachen Punkte in den Einwänden seiner Gegner herauszufinden. Aber die ganze Mühe scheint mir doch umsonst vertan. Der Hauptfehler ist der, daß S. seinen Betrachtungen den zweiten Hauptsatz in seiner einfachsten Form zugrunde legt, in der Form, die nur für einen mit einem idealen Gase ausgeführten umkehrbaren Kreisprozeß gilt. Mit anderen Worten: S. faßt den lebenden Organismus als einfache kalorische Maschine auf. In einer solchen idealen Maschine, die in Wirklichkeit nirgendwo existiert, die nur eine für theoretische Zwecke allerdings sehr brauchbare Fiktion ist, besteht der ganze Vorgang lediglich in einem Wärmetransport, bei welchem die Wärmemenge Q aus einem Körper von einer höheren Temperatur T_1 auf einen zweiten Körper von der niedrigeren Temperatur T übertragen wird, und hierbei wird die äußere Arbeit $Q \cdot \frac{T_1 - T}{T}$ geliefert. Diese Formel, die also nur eine ganz beschränkte Gültigkeit hat, wendet S. auf die Vorgänge im lebenden Organismus an. Aber der lebende Organismus ist nun einmal keine einfache ideale Wärmemaschine! Allerdings eine Maschine, aber eine äußerst komplizierte, in welcher unaufhörlich die verwickeltsten chemischen und physikalischen Energieumwandlungen vor sich gehen. Die Hauptquelle des Lebens ist chemische Energie, welche vermöge der vitalen Prozesse unmittelbar oder mittelbar in andere Energien umgewandelt wird. Alle diese Vorgänge sind aber sicher irreversibel, und für solche besagt der zweite Hauptsatz, dessen Gültigkeit wir auch für die vitalen Vorgänge annehmen müssen, nur, daß die gesamte Entropie des Systems das Bestreben hat, zu wachsen. Es handelt sich also nicht um eine Gleichung, sondern um eine Ungleichheit, mit der wir nicht viel anfangen können, da uns vorläufig die Möglichkeit fehlt, Aenderungen der Entropie des lebenden Organismus zu berechnen oder auch nur annähernd zu schätzen. Aus dieser, wie gesagt, falschen Anwendung des zweiten Hauptsatzes ergibt sich für S. die Folgerung, daß der mechanische Wirkungsgrad des Organismus sehr klein ist, 1—5 pCt., nicht, wie man bisher angenommen hat, 30 pCt. Umständlich bemüht sich Verf., diesen niedrigen Wirkungsgrad herauszurechnen; in diesen Berechnungen stecken auch mancherlei Fehler. S. bringt z. B. als mechanische Arbeit wesentlich nur solche in Ansatz, die in Hebung eines Gewichtes besteht. Die Reibungsarbeit vernachlässigt er ganz, ferner die bei der Bewegung zur Ueberwindung des Luftwiderstandes aufzubringende Arbeit. Ein Eisenbahnzug, ein Automobil usw. verbrauchen doch auch dann gehörige Mengen von Energie, wenn sie sich auf horizontaler Bahn bewegen. Das gleiche muß natürlich für jedes belebte, sich bewegende Wesen gelten. — Den Muskel will S. als „einfache Maschine" ansehen, d. h. wie z. B. einen Hebel im Gesamtbetrieb einer kalorischen Maschine. In einer einfachen Maschine finden aber keine komplizierten Umsetzungen statt, wie im Muskel. Der Muskel ist in Wirklichkeit eine schon sehr zusammengesetzte Maschine, in welcher chemische Energie in mechanische Arbeit, elektrische Energie, Wärme umgewandelt wird. Und dann die Phänomene der Ermüdung, Erholung und des Stoffansatzes! — Gibt es Analoga dafür bei den einfachen Maschinen? Man könnte allenfalls die allmähliche Abnutzung der Maschinenteile mit der Ermüdung vergleichen, aber auch nur cum grano salis. Aber eine Erholung und einen Stoffansatz gibt es nicht bei einer einfachen Maschine. Im dritten Kapitel begründet dann S. speziell seine thermodynamische Theorie des Fiebers. Bei dieser Betrachtung werden die Krankheitserreger, die einzelnen Mikroben, mit der kalorischen Maschine verglichen; sie sollen durch die Temperaturerhöhung in ihrer biologischen Arbeit, d. h. ihrer Fähigkeit, sich zu vermehren und Toxine zu produzieren, behindert werden, und zwar, weil das Gefälle zwischen ihrer Eigentemperatur und dem Kühlraum, dem Wirtsorganismus, sich verringert oder auch ganz verschwindet. Gegen diese Anwendung des zweiten Hauptsatzes läßt sich vor allem wieder der oben angedeutete allgemeine Einwand erheben, abgesehen von mancherlei anderen Bedenken. — Im vierten Kapitel, welches die ganze zweite Hälfte der vorliegenden Schrift umfaßt, sucht Verf. dann mit Hilfe thermodynamischer Betrachtungen die von Bircher-Benner aufgestellte Theorie der Nährwerte der verschiedenen Nahrungsmittel zu begründen. Wir haben schon früher diese Theorie bei der Anzeige des bekannten Buches von Bircher an dieser Stelle kurz besprochen und zwar in ablehnendem Sinne. Wir sind auch nach der Lektüre des letzten Kapitels der vorliegenden Schrift nicht in der Lage, von dem damals Gesagten etwas zurückzunehmen. Die Hauptrolle in Birchers Theorie spielt der Begriff der chemischen Potentiale der Nahrungsmittel. Aber was man unter diesem chemischen Potential zu verstehen hat, sagt uns weder Bircher noch Simonson irgendwo mit klaren Worten. Es wird uns nur versichert, daß chemisches Potential und freie Energie, jene von Helmholtz in die Thermodynamik eingeführte Funktion, nicht miteinander identisch sind. Wir wissen also nur, was das chemische Potential nicht ist. Auch in den maßgebenden Lehrbüchern der theoretischen Chemie, z. B. dem von Nernst (wenigstens in der 4. Auflage vom Jahre 1903) habe ich mich vergeblich nach dem Begriff des chemischen Potentials umgesehen. Also was das chemische Potential ist, wissen wir nicht. Uebrigens gibt Simonson selbst zu, daß uns ein Meßinstrument für die Spannung der chemischen Energie fehlt. Er fährt dann fort: „Da wir also weder die Potentiale der Nahrung noch die der Ausscheidungen messen können, ist naturgemäß eine Messung des Potentialunterschiedes ebenfalls nicht möglich. Diese Unmöglichkeit ist ein wesentliches Hindernis für die Anwendung des zweiten Hauptsatzes auf biologisch-chemische Verhältnisse. Trotzdem ist uns aber ein wertvoller Ersatz gegeben durch die Möglichkeit, die Potentiale chemischer Gebilde wenigstens in ihrer verhältnismäßigen Stärke zu schätzen und so zu erkennen, ob bei einem Vorgange die Potentialunterschiede sich vergrößern oder verkleinern. Diese unschätzbare Möglichkeit bietet uns der zweite Hauptsatz." Der Sinn dieser Auseinandersetzung ist mir einigermaßen dunkel geblieben. Die ganze anschließende Deduktion soll schließlich beweisen, daß pflanzliche Nahrung höhere Potentiale besitzt als tierische, rohe höhere als gekochte. Damit glauben dann Bircher und Simonson die Ueberlegenheit der vegetarischen Nahrungsstoffe mittels des zweiten Hauptsatzes auf deduktivem Wege bewiesen zu haben. Wir bezweifeln, ob ein an exaktes Denken gewöhnter Leser diesen sich auf so schwankende Begriffe stützenden Beweis anerkennen wird. — Auf die weiteren Ausführungen Simonsons im einzelnen einzugehen, ist hier nicht der Raum. Zum größten Teil sind sie der Widerlegung von Einwänden gewidmet, die Höber und andere gegen Birchers Theorie erhoben haben; teilweise bemüht sich auch Simonson, gewisse Unklarheiten in den Bircherschen Auseinandersetzungen zu verbessern. Im einzelnen finden sich manche richtige Gedanken, besonders in der Kritik der Rubnerschen Arbeiten, aber im ganzen ist trotz vieler Mühe doch kein positives Resultat, kein Fortschritt in theoretischer Beziehung erzielt. Vorläufig scheint es uns das Beste, sich bei der Erforschung der Vorgänge der Ernährung und des Stoffwechsels auf möglichst umfassende experimentelle Untersuchungen zu beschränken, wie sie z. B. Atwater angestellt hat. Wenn auf diesem Wege Irrtümer der Lehren von Voit und Rubner berichtigt werden, so genügt das vollkommen; einer weiteren Begründung mittels der theoretischen Energetik bedarf es dann nicht. R. L.

W. Roths Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Ergänzungsband zur Deutschen militärärztlichen Zeitschrift. 37. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1911. E. S. Mittler & Sohn, Berlin. Preis 3,50 M.

Der bekannte Jahresbericht umfaßt die recht umfangreiche Literatur des Militär-Sanitätswesens. Er referiert über die in Deutschland und teilweise dem Auslande erschienenen Arbeiten. Interessenten, zu denen wohl auch viele Zivilärzte zählen, seien auf diese Berichte nachdrücklich aufmerksam gemacht. R.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Durch preußischen Ministerialerlaß vom 7. Dezember 1912 ist den **Medizinalpraktikanten** die Beilegung von Bezeichnungen wie Assistent, Arzt am Krankenhaus oder ähnlichen Titulaturen, durch die der Anschein erweckt wird, als handle es sich um approbierte Aerzte, unter Androhung von Strafe untersagt worden.

Halle a. S. Hierselbst wurden, wie „Voss. Ztg." und „Saale-Ztg." mitteilen, im Anschluß an den Halleschen Hörerstreik Besprechungen über die **Zulassung ausländischer Mediziner** zu den klinischen Uebungen zwischen Vertretern verschiedener preußischer Universitäten abgehalten. Dabei kam zur Sprache, daß die Ausländerfrage für die deutschen Universitäten im wesentlichen eine Russenfrage sei, und zwar handelt es sich dabei vorwiegend um Russen jüdischen Glaubens, die deutsche Universitäten besuchen, weil ihnen der Besuch der russischen Hochschulen erschwert oder unmöglich gemacht ist. Sie werden in Rußland nur in einem ganz geringen Prozentsatz zum medizinischen Studium zugelassen. Die Ablegung der Prüfung ist ihnen an den russischen Universitäten fast gänzlich unmöglich gemacht, dagegen gestatten die russischen Universitätsbehörden das Praktizieren russischer Juden auch in Rußland ohne weiteres,

wenn die Herren in Deutschland die staatlichen Prüfungen abgelegt haben. In den Verhandlungen in Halle wurde es daher als angezeigt erachtet, wenn man mit den russischen Behörden in Verhandlung träte zwecks Herstellung der Gleichberechtigung der Juden mit den anderen Konfessionen, was das Universitätsstudium betrifft. Man solle den russischen Behörden vorstellen, daß sie in Anbetracht der geringen Anzahl der Aerzte in Rußland ohne die jüdischen Aerzte nicht auskommen, und daß es für sie daher dringend zu empfehlen sei, ihre antisemitische Universitätspolitik fallen zu lassen, da in Deutschland in Zukunft voraussichtlich strenge Zulassungsbedingungen für die russischen Studierenden Platz greifen würden.

Mannheim. Eine **ärztliche Landeszentrale** wird für das Gebiet des Großherzogtums Baden mit dem Sitze in Mannheim errichtet. Ihr Zweck ist Zusammenfassung der ärztlichen Vereine des Landes in Krankenkassenangelegenheiten und sonst ihr übertragenen Aufgaben des Versicherungswesens. Sie soll die einzelnen angeschlossenen Vereine in allen Krankenkassenangelegenheiten mit Rat unterstützen, für die Fragen der inneren Organisation der Vereine und ihrer Verträge mit den Krankenkassen Richtlinien geben, bei Streitfällen zwischen Vereinen in Krankenkassenangelegenheiten oder zwischen Vereinen und Krankenkassen auf Ersuchen die Vermittlung übernehmen und nach vorheriger Zustimmung beider Teile Entscheidung treffen, mit größeren Gegenkörperschaften (Kassenverbänden etc.) Vorverhandlungen führen und sonstige ihr überwiesene Angelegenheiten erledigen.

Karlsruhe. Die **Badische Aerztekammer** beschäftigte sich in ihrer Sitzung vom 12. Dezember v. J. mit einem dem bekannten Kissinger Antrag nachgebildeten Antrag des Aerztlichen Vereins der Stadt Baden, „die Großherzogliche Staatsregierung zu veranlassen, beim Bundesrat den Antrag zu stellen, daß ausländischen, in Deutschland nicht approbierten Aerzten die Ausübung der Praxis in jeder Form und unter jeder Bezeichnung verboten werde, unbeschadet der für die Grenzbezirke bestehenden internationalen Vereinbarungen". Da bezüglich der Durchführbarkeit des Antrages Bedenken laut wurden, wurde er in der modifizierten Form angenommen, daß die Regierung ersucht wird, „der Angelegenheit ihre Aufmerksamkeit zu widmen und die geeigneten Maßnahmen zur Verhütung von Uebelständen in Erwägung zu ziehen".

Bern. In der Schweiz ist eine neue **Prüfungsordnung für Aerzte** eingeführt worden, die mit dem 1. Januar d. J. in Kraft trat. Für das ärztliche Studium werden jetzt 11 Semester verlangt, von denen 6 an einer Schweizer Universität zu verbringen sind. Die naturwissenschaftliche Ausbildung wird nach wie vor stark betont, soll aber von unnötiger Gedächtnisbelastung möglichst befreit werden; sie ist in den ersten zwei Semestern zu absolvieren und durch ein Examen zu belegen, dem dann noch zwei weitere Examina folgen. An Stelle des deutschen praktischen Jahres wurde nach langer Kontroverse auf Grund der „schlechten Erfahrungen, die das Nachbarland mit dieser Institution gemacht hat", bestimmt, daß der Student in einem der klinischen Semester ununterbrochen 5—6 Monate an einer vom Staat dafür qualifizierten Krankenanstalt praktisch tätig sei. Die Unfallheilkunde wird als obligater Unterrichts- und Prüfungsgegenstand neu eingeführt. Im Examen soll mehr Nachdruck auf Prüfung an praktischen Fällen gelegt und dies auch für Kinderheilkunde, Dermatologie und Venerologie ausgedehnt werden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Arzt Sanitätsrat Dr. Jacob Wolff ist der Professortitel verliehen worden, eine bei einem Allgemeinpraktiker seltene Auszeichnung, die aber im vorliegenden Falle auf allseitige Zustimmung rechnen darf, da sich Wolff, der schon in früheren Jahren mit Einzelaufsätzen und Monographien verschiedenen Inhalts — über Influenza, „Der praktische Arzt und sein Beruf" u. a. — hervorgetreten ist, mit seinem innerhalb der letzten Jahre erschienenen mehrbändigen Werke über den Krebs die ungeteilte Anerkennung der Fachkreise erworben hat.

— Einem Herzschlag erlag im Alter von erst 40 Jahren der Privatdozent der Dermatologie und Radiotherapie Dr. Frank Schultz.

Bochum. Prof. Wullstein in Halle a. S. ist als Nachfolger von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Loebker zum Chefarzt des hiesigen Knappschaftskrankenhauses Bergmannsheil berufen worden.

Würzburg. Die Privatdozenten Dr. Helly (pathologische Anatomie) und Dr. H. Lüdke (innere Medizin) sind zu außerordentlichen Professoren befördert worden.

München. Dem Privatdozenten für Psychiatrie und Leiter des hirnanatomischen Laboratoriums an der psychiatrischen Klinik der Universität München Dr. Walter Spielmeyer ist der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors verliehen worden.

— Der bisherige Extraordinarius der Kinderheilkunde Prof. Dr. Meinhard v. Pfaundler, dem vor kurzem zwei auswärtige Lehrstühle angeboten wurden, wurde zum ordentlichen Professor befördert und bleibt daher in München.

Wien. Dr. Albert Müller und Dr. Wilhelm Neumann haben sich für innere Medizin habilitiert.

Lausanne. Im Alter von 74 Jahren starb in seiner Vaterstadt Morges Dr. Jean Morax, ein namhafter Hygieniker, der eine Reihe von Jahren hindurch das Sanitätswesen des Kantons Waadtland geleitet und als Schriftsteller auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege eine große Fruchtbarkeit entfaltet hat. Er war auch Begründer der medizinischen Gesellschaft seines Heimatkantons und der größeren „Association médicale" der französischen Schweiz.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Hamburg. Die diesjährige Tagung der **Deutschen pathologischen Gesellschaft** findet am 31. März, 1. und 2. April zu Marburg a. L. im Hörsaal des pathologischen Instituts statt. Für den ersten Verhandlungstag ist das von Herrn Prof. F. Marchand (Leipzig) übernommene Referat über „Herkunft und weitere Schicksale der Lymphocyten bei entzündlichen Prozessen" in Aussicht genommen. Anmeldungen von Vorträgen beim Vorsitzenden Herrn Prof. E. Fraenkel (Hamburg).

Straßburg i. E. Hier ist unter Vorsitz von Prof. Wolff am 15. Dezember 1912 eine **dermatologische Gesellschaft** gegründet worden, die den Zweck hat, wissenschaftliche Bestrebungen auf dermatologisch-syphilidologischen sowie verwandten Gebieten durch Demonstrationen, Mitteilungen und Vorträgen zu fördern und kollegiale Beziehungen unter ihren Mitgliedern zu pflegen.

Verschiedenes.

Berlin. Der nächste Zyklus der **Ferienkurse der Berliner Dozenten-Vereinigung** beginnt am 3. März 1913 und dauert bis zum 5. April 1913 (mit Ausnahme des Karfreitags und der Osterfeiertage). Die unentgeltliche Zusendung des Lektionsverzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstr. 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Wie uns von einem Mitgliede mitgeteilt wird, umfaßt der **„Reichsverband Deutscher Aerzte"** jetzt gegen 200 Mitglieder, nicht, wie im Jahrgang 1912, No. 52, S. 680, als Vermutung ausgesprochen, noch nicht 100 Mitglieder.

— Für den neugeschaffenen Posten des **Stadtmedizinalrats** haben sich vierzig Bewerber gemeldet, unter denen zunächst von dem Wahlausschuß eine engere Wahl zu treffen ist.

— Das von dem im vorigen Jahre verstorbenen Prof. H. Neumann gegründete und jahrelang geleitete **Kinderhaus** wird von einem eigens zu diesem Zwecke gegründeten „Verein Dr. H. Neumanns Kinderhaus" in der bisherigen Weise weitergeführt werden, und zwar unter ärztlicher Leitung der Herren DDr. Japha, Oberwarth und Orgler.

— Vor kurzem ist hierselbst in der Reinickendorfer Straße das beträchtlich vergrößerte **Wöchnerinnenheim** der Heilsarmee eröffnet worden, das unter der Leitung unseres gelegentlichen Mitarbeiters, des Charlottenburger Frauenarztes Dr. D. Pulvermacher, steht. Es enthält im ganzen 82 Betten, darunter 12 Freibetten.

— Die kürzlich in Dresden abgehaltene Konferenz von Sachverständigen zur Prüfung der vom Reichstag angeregten **Herabsetzung der Altersgrenze** für den Bezug der Altersrente hat, wie die „Deutsche med. Wochenschr." mitteilt, einen Arbeitsplan aufgestellt, auf Grund dessen die Unterlagen zur Beurteilung der finanziellen Wirkung der Herabsetzung der Altersgrenze von 70 auf 65 Jahre gewonnen werden sollen. Daraufhin wird jetzt bei sämtlichen Landesversicherungsanstalten eine Auszählung der Versicherungspflichtigen in den Altersklassen von 65 bis 70 Jahren vorgenommen. Es soll hierdurch ermittelt werden, wieviel Arbeitsfähige in diesen Altersklassen vorhanden sind. Das hierbei gewonnene Material wird dann von Versicherungsmathematikern der zuständigen Behörden bearbeitet werden. Durch diese Vorarbeiten wird es möglich sein, dem im Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung festgelegten Beschluß des Reichstages, nach dem ihm bis zum Jahre 1915 die gesetzlichen Vorschriften über die Altersrente zur erneuten Beschlußfassung vom Bundesrat vorgelegt werden sollen, zu entsprechen und dabei die Frage der Mehrbelastung des Reiches durch die Herabsetzung der Altersgrenze zu klären.

— **Adolph Schwabacher-Stiftung.** Um das Andenken des am 9. Januar 1912 verstorbenen Bankiers Adolph Schwabacher zu ehren, haben seine Erben ein Kapital von 100 000 M. gestiftet, dessen Erträgnisse zur Förderung der medizinischen Wissenschaft dienen sollen. Das Kuratorium der Stiftung wird jeweilig das Arbeitsgebiet bestimmen, auf dem die durch einen Preis auszuzeichnende Leistung liegen soll.

Der zuzuerkennende Preis beträgt 20 000 M., wird also bis zu einer Erhöhung des Stiftungsvermögens oder der Stiftungseinkünfte zunächst nur alle fünf Jahre zur Verteilung gelangen.

Berlin. Die offenbaren **Mißstände auf dem Gebiete des Prostitutionswesens** haben schon seit Jahren den allgemeinen Wunsch nach durchgreifenden Reformen der Prostitutionsüberwachung laut werden lassen, doch haben gerade die Bestimmungen des Strafgesetzbuches über das Prostitutionswesen sich als unübersteigbares Hemmnis jeglicher Besserung erwiesen. Jetzt, wo der Erlaß eines neuen Reichs-Strafgesetzbuches in greifbare Nähe gerückt ist, scheint auch der Zeitpunkt gekommen, dieser ganzen Frage, die in hygienischer, ethischer und sozialer Beziehung von weittragender Bedeutung ist, erneute Aufmerksamkeit zu schenken und wenn irgend möglich eine auf Jahrzehnte hinaus geltende und, soweit überhaupt denkbar, allseitig befriedigende Ordnung der Dinge zuschaffen. Von diesen Erwägungen ausgehend, hat die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor kurzem eine Kommission von sachverständigen Persönlichkeiten einberufen, die das ganze Gebiet der mit der Prostitution zusammenhängenden Fragen eingehend beraten soll. Die Kommission, deren Mitglieder aus Aerzten, Hygienikern, Juristen, Verwaltungsbeamten, Geistlichen und Frauen, die im öffentlichen Leben stehen, zusammengesetzt ist, trat kürzlich zu einer Sitzung zusammen, um den endgültigen Arbeitsplan aufzustellen. Wie wir hören, werden sich die Arbeiten der Kommission, denen ein umfangreiches Material aus ganz Deutschland zugrundegelegt werden soll, über ein Jahr erstrecken. Die Ergebnisse der Beratungen sollen dann den gesetzgebenden Körperschaften als Material für die bevorstehende Gesetzgebung vorgelegt und soweit tunlich der Oeffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Es steht zu hoffen, daß die gemeinsame Arbeit aller auf diesem Gebiete tätigen Faktoren zur endgültigen Sanierung der heute geradezu unhaltbaren Prostitutionsverhältnisse beitragen wird.

Mannheim. Der hiesige Bürgerausschuß hat 8 990 000 M. für ein neues **Krankenhaus** mit 1300 Betten bewilligt.

Hanau. Seit Anfang Dezember 1912 sind bei einem Bataillon des Eisenbahnregiments No. 3 228 Mann an **Typhus** erkrankt, und zwar nur Mannschaften, keiner von den Unteroffizieren, Offizieren und Einjährigen. Als Infektionsquelle wird eine Frau aus Hanau angesehen, die seit November als Kartoffelschälerin in der Kantine des I. Bataillons tätig ist und bei der man Typhusbacillen nachgewiesen hat; sie ist seitdem im hiesigen Landkrankenhause untergebracht. Die Soldaten erkrankten nach dem Genuß von Kartoffelsalat. Die Kartoffelschälerin hat vor 12 Jahren Typhus überstanden und ist daher anscheinend Dauerausscheiderin. Bei den Hausgenossen der Frau wurden Bacillen nicht nachgewiesen. Der Verlauf der Epidemie war bisher mittelschwer; Mortalität ca. 5 pCt.

Düsseldorf. Anscheinend infolge einer Anweisung des Ministers des Innern hat der hiesige Regierungspräsident die Städte, Krankenkassen und Kassenärzte aufgefordert, soweit das in den einzelnen Verwaltungsbezirken beschäftigte Arbeiterpersonal in Betracht kommt, Angaben darüber zu machen, auf welche Ursachen die **Steigerung der Fehlgeburten** zurückzuführen ist und welche Vorschläge zur etwaigen Minderung gemacht werden können. Die Angaben sollen sich auf jedes der Kalenderjahre von 1906 bis einschließlich 1912 erstrecken.

Marienbad. Der Vorstand des Vereins zur Errichtung und Erhaltung des **ärztlichen Erholungsheimes** in Marienbad hat soeben seinen zweiten Jahresbericht versendet. Darnach sind in dem Berichtsjahre 114 Anmeldungen und Anfragen bezw. Gesuche um Freiplätze eingelaufen, von welchen 63 in zustimmendem Sinne erledigt werden konnten. In der Zeit der Kursaison vom 1. Mai an bis 30. September haben 59 Aerzte, mit ihren Ehefrauen zusammen 94 Personen, im Aerzteheim Aufnahme gefunden; davon waren 26 aus Oesterreich-Ungarn, 33 aus dem Deutschen Reiche, von diesen letzteren 13 auf den Plätzen des Leipziger Verbandes. Das Marienbader Aerzteheim steht im Jahre 1913 vom 1. Mai bis 30. September mit je 12 Zimmern pro Monat den Kollegen zur Verfügung offen, wovon das Vergebungsrecht über 3 Freiplätze in jedem Monate dem Leipziger Verbande vorbehalten ist (Uebereinommen vom 1. Juni 1911), im ganzen also 60 Freiplätze. Anmeldungen werden vom 1. Januar 1913 an entgegengenommen. Der Anspruch auf Aufnahme in das Erholungsheim wird durch die Zugehörigkeit zu dem obengenannten Verein (Jahresbeitrag 5 Kronen) erworben. Zuschriften sind zu richten an den Vorstand des Vereins (Obmann: Dr. Alois Grimm in Marienbad).

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Im Jahre 1912 haben nach abgelegter Prüfung nachbenannte Aerzte das Befähigungszeugnis zur Verwaltung einer Kreisarztstelle erhalten:

Dr. A. Chemnitz in Neumünster, Dr. O. Ebert in Cassel, Dr. M. Gentzen in Essen (Ruhr), Dr. E. Goetze in Glowno, Dr. A. Haehner in Hanau, Dr. A. Hessler in Lötzen, Dr. H. Hutt in Sagan, Dr. J. Huwe in Schulitz, Dr. W. Klimm in Landeshut i. Schl., Dr. A. Lindemann in Berlin, Dr. W. Loerch in Aachen, Dr. G. Luedicke in Stettin, Dr. L. Mangold in Berlin, Dr. O. Neuling in Schleswig, Dr. R. Puppel in Königsberg i. Pr., Dr. Th. Rehberg in Angerburg, Dr. G. Schönke in Preußisch-Stargard, Dr. E. Schulze in Swinemünde, Dr. F. Selberg in Berlin, Dr. G. Simon in Münster i. W., Dr. K. Wendenburg in Osnabrück, Dr. O. Wengel in Löbau, Dr. G. Willführ in Ider und Dr. W. Winckelmann in Sagan.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Medizinalrat: Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. A. Schnelle in Hildesheim, ordentl. Professor Dr. A. Czerny, früher in Straßburg i. E., jetzt in Berlin.

Prädikat Professor: Dozenten an der Akademie für praktische Medizin Oberstabsarzt Dr. E. Graf, Oberärzte Dr. P. Janssen, Dr. S. Engel und Dr. R. von den Velden in Düsseldorf.

Ernannt: Ordentl. Prof. Dr. A. Czerny in Straßburg i. E. zum ordentl. Professor an der Universität in Berlin.

Niedergelassen: Dr. A. Witkowski und Dr. J. Lewinski in Posen, Dr. E. Jerzycki in Pleschen.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. G. Aebert und Dr. W. Gordon von Posen auf Reisen, Dr. J. H. Bauer von Jaratschewo, Dr. O. Hess von Göttingen, Dr. F. Weidner von Niedersachswerfen, Dr. F. Schulze von Franfurt a. M., Dr. F. Reuter von Herschbach.

Gestorben: Dr. J. Lauenstein in Hedemünden.

Bayern.

Auszeichnungen: Verdienstorden vom heil. Michael 3. Kl.: Dem Ministerialrat im Staatsministerium des Innern Dr. Adolf Dieudonné, dem ordentl. Professor an der k. Universität München Dr. Herm. Tappeiner, Edlen von Tappein, dem ordentl. Professor an der k. Universität Erlangen Dr. G. Hauser.

Ehrenkreuz des Verdienstordens vom heil. Michael: Dem ordentl. Professor an der k. Universität Erlangen k. Geh. Hofrat Dr. Fr. Penzoldt.

Verdienstorden vom heil. Michael 4. Kl. mit der Krone: Dem ordentl. Professor an der k. Universität Würzburg Dr. K. Rieger, dem Hofrat Dr. Ed. Stich, Bahnarzt in Nürnberg.

Titel und Rang eines k. Obermedizinalrats: Dem außerordentl. Univ.-Prof. und Vorstand der Kinderklinik in München Dr. K. Seitz.

Titel und Rang eines k. Medizinalrats: Dem Hausarzt bei der Gefangenenanstalt Zweibrücken Bezirksarzt Dr. Ed. Renner, dem Bezirksarzt in Miesbach Dr. Th. Weiss, dem B.-A. in Weilheim Dr. Leo Zantl, dem B.-A. in Kelheim Dr. E. Weber, dem Landgerichts- und Bezirksarzt in Kaiserslautern Dr. M. Kühn, dem Bezirksarzt in Sulzbach Dr. Fr. Schaefer, dem Landgerichtsarzt in Eichstätt Dr. Frz. Pickl, dem Bezirksarzt in Fürth Dr. Frz. Spaet, dem Bezirksarzt in Lohr Dr. P. Preisendörfer, dem Landgerichtsarzt in Memmingen Dr. Karl Klemz.

Titel eines k. Medizinalrats: Dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach Dr. A. Herfeldt, dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee Dr. O. K. Dees, dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt bei Kaufbeuren Dr. A. Prinzing.

Titel eines k. Professors auf die Dauer der Zugehörigkeit zum aktiven Heere: Dem Stabsarzt Dr. Mayer, Dozenten an der militärärztl. Akademie.

Titel und Rang eines k. Hofratz: Dem prakt. Arzt und k. Stabsarzt a. D. Dr. R. Dreisch in Ansbach, dem prakt. Arzt und Schularzt in München Dr. E. Doernberger, den prakt. Aerzten Dr. F. Scanzoni von Lichtenfels und Dr. O. Schröder in München, Dr. W. Asam in Murnau, Dr. F. X. Mayer in Neukirchen hl. Blut, Bez.-Amt Kötzting.

Reuß jüngere Linie.

Niedergelassen: Dr. Donath und Dr. Franke in Gera.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 1

82. Jahrgang | Berlin, 25. Januar 1913 | No. 4

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang | Berlin, 25. Januar 1913 | No. 4

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber ein neues Mittel zur Bekämpfung der Krebskrankheit.

Von

Dr. **Krause** (Rawitsch).

Die Versuche, eine spezifische Behandlung der Krebskrankheit durch Herstellung eines Serums herbeizuführen, haben trotz vieler Mühe zu einem Ergebnis bisher nicht geführt. Immer wieder haben wir unsere Zuflucht zu einem der verschiedenen chemischen Mittel nehmen müssen, die von altersher bei der Behandlung der Krebskrankheit eine Rolle gespielt haben und die in mannigfacher Umgestaltung, wie das Arsen, auch jetzt noch von uns verwendet werden. Wie gering unsere Erfolge mit der medikamentösen Behandlung des Krebses noch immer sind, brauche ich an dieser Stelle wohl nicht erst auseinanderzusetzen. Ich glaube nun, daß jeder neue Weg, der uns hier weiterführen kann, mit Freude begrüßt werden wird und der Beachtung sicher sein dürfte, und aus diesem Grunde meine ich berechtigt zu sein, auf eine medikamentöse Behandlung, die ich seit längerer Zeit durchführe, hinzuweisen und zur Nachprüfung anzuregen. In jahrelang dauernder Versuchszeit habe ich nämlich die Feststellung machen können, daß bestimmte chemische Verbindungen einen sichtlichen Einfluß auf den Verlauf der Krebskrankheit ausüben. Ich habe schließlich aus verschiedenen Verbindungen (u. a. ameisensaure Salze in Kombination mit dem Fluidextrakt einer Papaveracee) ein Mittel hergestellt, das ich „Diablastin“ nenne und das ich selbst und eine Reihe von Kollegen bei Krebskranken anwenden. Ich bin mir bewußt, daß jedes neue Krebsheilmittel einem gewissen Mißtrauen begegnet, und mit Recht, denn ich weiß nur zu gut, wie oft unsere Erwartungen getäuscht worden sind. Vor allem kamen Irrtümer in der Diagnose vor; es wurden Fälle von Heilung als Carcinomfälle hingestellt, bei deren Nachprüfung es sich ergeben hat, daß es sich gar nicht um Carcinome handelte. Daher habe ich es für meine Pflicht gehalten, die Diagnose der von mir behandelten Fälle von berufener Seite vor der Behandlung nachprüfen zu lassen. Ebenso habe ich eine Anzahl dieser nachgeprüften Fälle wiederum nach einer längeren Behandlung begutachten lassen und auf diese einwandfreie Prüfung gestützt, stelle ich unter Anführung einiger Krankengeschichten die Behauptung auf, daß das von mir angegebene „Diablastin“ einen zweifellos günstigen Einfluß auf das Carcinom ausübt. Aus der großen Anzahl nehme ich folgende Fälle heraus:

Fall 1. Rudolf Th., Bauunternehmer, kam vor ca. 2 Jahren in die Behandlung eines hiesigen Kollegen. Der Befund wird folgendermaßen angegeben: Der Patient ist anämisch, sieht blaß und angegriffen aus, leidet an Erbrechen, so daß er fast keinerlei, auch nicht flüssige, Nahrung zu sich nehmen kann. Die Untersuchung ergibt einen kindskopfgroßen Tumor im ersten Hypogastrium. Der Kollege sandte ihn zur Operation zu einem bekannten Breslauer Chirurgen. Der Operateur stellte unzweifelhaft ein Pyloruscarcinom fest und machte die Gastroenterostomie, da eine Radikaloperation unmöglich schien. Nachdem der Patient wieder nach Hause zurückgekehrt war, behandelte ihn der Kollege nun noch mit „Diablastin“ zirka zwölf Wochen lang. Bei der letzten Untersuchung, die er vornahm, war der Tumor völlig verschwunden, Patient war frisch und munter, so daß ihn der Kollege noch einmal dem Breslauer Chirurgen zusandte, der bestätigte, daß von dem früher vorhandenen Tumor nichts mehr zu fühlen sei. Der Patient verzog dann einige Wochen später von hier; er soll vor kurzem an unbekannter Ursache gestorben sein.

Fall 2. H. B., Arbeiter, 58 Jahre alt, kam vor ca. 2 Jahren in meine Behandlung, er sah sehr kachektisch aus und erbrach alle Speisen, sogar Schleimsuppen, nach kurzer Zeit. Bei der Untersuchung fühlte ich deutlich im Epigastrium einen Tumor, der fast bis zum Nabel reichte. Ich stellte die Diagnose „Carcinoma ventriculi“. Ganz unabhängig von meiner Diagnose hatte der zuständige Kreisarzt, dem der Patient zur Untersuchung auf Invalidität überwiesen

war, und außerdem noch ein anderer Kollege, den der Patient aufgesucht hatte, dieselbe Diagnose und gleichen Befund festgestellt. Ich ließ den Patienten ca. 5 Monate lang „Diablastin" nehmen; das Allgemeinbefinden hob sich sichtlich, der Patient nahm ca. 17 Pfd. an Körpergewicht zu, die Krankheitserscheinungen schwanden gänzlich, der Tumor ist jetzt nicht mehr nachzuweisen, so daß der Patient wieder arbeitsfähig ist und ihm die zuerkannte Invalidenrente entzogen wurde. Er arbeitet wie früher in derselben Beschäftigung.

Fall 3. Frau R., 52 Jahre alt, kam vor ca. 1½ Jahren in meine Behandlung; sie litt an Carc. mammae; ca. 1 Jahr zuvor war sie in Breslau operiert worden. Wenige Monate nach der Operation stellte sich ein Rezidiv ein, welches wieder in Breslau mit Röntgenstrahlen usw. behandelt wurde; kurz, es wurde alles getan, was der heutige Stand der Wissenschaft einem Carcinom gegenüber nur irgend zu tun erlaubt. Schließlich wurde Patientin auch nach Heidelberg gebracht und dort mit Radiumeinspritzungen behandelt, aber alles vergeblich. Bei meiner ersten Untersuchung der Patientin war der Zustand geradezu trostlos. Der linke Arm, die linke Schulter, die linke Halsseite waren angeschwollen und bretthart; jede Berührung und Bewegung war äußerst schmerzhaft. Schlaf konnte nur nach starken Schlafmitteln erzielt werden; kurz, ein ganz hoffnungsloser Fall. Unter solchen Umständen noch irgendeine Besserung zu erzielen, schien mir fast unmöglich, und doch geschah es, denn nach Verlauf von mehreren Wochen, während deren die Patientin Diablastin nahm, war die Geschwulst des Armes und der Schultergegend erheblich gefallen, der Schlaf stellte sich ohne künstliche Mittel wieder ein, das Allgemeinbefinden hob sich sichtlich, so daß die Patientin von ihrem bisherigen Aufenthaltsorte nach einem Gute mit großem Park übersiedeln konnte, in dem sie, den Arm durch eine am Körper angebrachte Vorrichtung gestützt, längere Spaziergänge unternahm. Leider setzte ich das Diablastin zu früh aus, da der Zustand sich wesentlich gebessert hatte. Das Befinden verschlechterte sich darauf wieder zusehends; der Verfall der Körperkräfte war trotz aller Bemühungen nun nicht mehr aufzuhalten; Pat. starb ¾ Jahr nach dem Beginn meiner Behandlung.

Fall 4. Frau T., 32 Jahre alt, kam vor ca. 1 Jahre in meine Behandlung; sie klagte über Schmerzen in der rechten Brust. Die Untersuchung ergab einen fünfmarkstückgroßen Tumor in der rechten Mamma. Achselhöhlendrüsen empfindlich aber wenig angeschwollen. Operation wurde abgelehnt. Die Behandlung mit Diablastin dauerte mit Unterbrechung mehrere Monate. Der Tumor war bei der letzten Untersuchung vor einem Vierteljahr kleiner geworden, die Drüsen waren auch auf Druck nicht schmerzhaft, Allgemeinbefinden sehr gut, vollständige Arbeitsfähigkeit erhalten.

Fall 5. Frau S., 70 Jahre alt, kam vor ca. 1 Jahre in die Behandlung eines Kollegen, der bei ihr Carc. uteri feststellte und sie einem Breslauer Spezialisten zur Vornahme einer Operation überwies. Patientin wollte aber von einer Operation nichts wissen, sondern kam wieder nach Hause zurück. Da die Schmerzen und der jauchige Ausfluß immer stärker wurden, kam sie einige Wochen später in meine Behandlung. Ich konstatierte ebenfalls ein weit vorgeschrittenes Uteruscarcinom mit jauchigem, furchtbar übelriechendem Ausfluß, der sehr oft von heftigen Blutungen begleitet war. Patientin, kachektisch aussehend, war appetit- und kraftlos und klagte über heftige Schmerzen im Unterleib. Ich behandelte auch dieses Carcinom nur intern und hatte den Erfolg, daß Schmerzlosigkeit eintrat, der Ausfluß in wenigen Wochen sistierte, daß die Körperkräfte sich hoben, so daß Patientin eine sehr schwere Influenza im vorigen Winter ganz gut überstehen und ihrer häuslichen Beschäftigung wieder nachgehen konnte. Vor einiger Zeit bekam sie durch ein Trauma eine Nephritis mit urämischen Folgeerscheinungen, denen sie dann erlag.

Fall 6. Postschaffner, 48 Jahre alt, kam vor ca. 1 Jahre in meine Behandlung. Er klagte über allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen, war in seinem Ernährungszustande sehr heruntergekommen und blaß und abgemagert. Die Palpation ergab eine geringe Resistenz an der unteren Magenkurvatur. Ich stellte die Diagnose Carcin. ventr. und sandte ihn behufs Feststellung dieser Diagnose zu einem bekannten Spezialisten nach Breslau, der meine Diagnose bestätigte. Patient wurde ca. 3 Monate lang mit „Diablastin" behandelt und konnte dann mit einem Mehrgewicht von ca 9 Pfd. und einem sehr regen Appetit in völligem Wohlbefinden als dienstfähig entlassen werden. Die Resistenz ist verschwunden. Der Mann vermag alle Speisen zu essen und verrichtet in gewohnter Weise seinen Dienst.

Fall 7. Frau H., Tabakarbeiterin, kam vor 2 Jahren in die Behandlung eines Kollegen, der bei ihr Carcin. uteri feststellte. Die ganze Scheide war bei ihr mit harten Geschwulstmassen ausgefüllt, so daß der untersuchende Finger gar nicht eindringen konnte. Es bestand Ausfluß von jauchigem und übelriechendem Charakter; die Patientin sah verfallen und abgemagert aus und klagte über heftige Schmerzen. Sie wurde ca. 18 Wochen lang mit „Diablastin" behandelt mit dem Erfolge, daß die Geschwulst zum großen Teile verschwand, der Ausfluß und die Schmerzen ganz nachließen, die Körperkräfte sich hoben und eine Gewichtszunahme von 5 Pfd. zu verzeichnen war, als Patientin, die einer Kasse angehörte, deren Kassenangehörigkeit aber aufhörte, aus der Behandlung schied. Die Frau lebt und ist in ihrer Häuslichkeit tätig.

Fall 8. Herr N., 70 Jahre alt, kam vor ca. 2 Jahren in die Behandlung eines hiesigen Kollegen; dieser stellte eine carcinomatöse Verengerung der Speiseröhre fest, die derart vorgeschritten war, daß die dünnste Schlundsonde keinen Durchgang mehr finden konnte. Natürlich brachte der Kranke auch keinerlei Nahrung, auch nicht flüssige, mehr herunter. Auf konsequente Verabreichung von „Diablastin" ging die Verengerung der Speiseröhre zurück, so daß der Patient wieder alle, auch feste, Speisen genießen konnte. Patient ist vor etwa ¾ Jahren an Herzschwäche gestorben.

Fall 9. Frau K., Tabakarbeiterin, kam vor ca. 1 Jahre in meine Behandlung. Sie war vorher in der chirurgischen Klinik in Breslau gewesen, wo bei ihr Carcin. mammae festgestellt wurde. Patientin sah sehr blaß und angegriffen aus und klagte über heftige Schmerzen in der linken Brust und der linken Seite. Ich stellte fest, daß die linke Brust stark angeschwollen, auf Berührung ungeheuer schmerzhaft und von festen Knoten, auf denen die Haut weißschimmernd festlag, durchsetzt war. Diagnose: Mammacarcinom mit Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Achseldrüsen. Einer Operation wollte sich die Patientin trotz vielen Zuredens nicht unterziehen und ich behandelte sie deshalb mit „Diablastin". Patientin befindet sich zurzeit sehr wohl, hat eine Gewichtszunahme von mehreren Pfund zu verzeichnen; die Achselhöhlendrüsen sind auf ihr gewöhnliches Maß zurückgegangen und schmerzlos; die linke Brust ist ganz weich; nur ein fester Kern, über dem die Haut leicht verschieblich ist, lagert noch um die Brustwarze. Patientin verrichtet alle häuslichen Arbeiten, wäscht auch Wäsche ohne Beschwerden.

Eine ganze Reihe von anderen Fällen zeigt den gleichen Verlauf, nämlich Rückgang der Geschwulst, Hebung des Allgemeinbefindens, Nachlassen der Schmerzen. Es ist natürlich ohne weiteres klar, daß nicht jedes Carcinom auf ein Mittel reagiert; die einzelnen Fälle sind auch normalerweise zu verschiedenartig in ihrem Verlauf und befinden sich bei Beginn der Behandlung in zu mannigfach verschiedenen Stadien, als daß irgendein Mittel ein einheitliches Ergebnis haben könnte. Indessen haben fast alle mit „Diablastin" behandelten Fälle eine Besserung aufzuweisen; eine Beobachtung, die auch von den Kollegen gemacht wurde, die das Mittel in konsequenter Weise anwandten. Ich selbst lasse es mir angelegen sein, das Mittel noch zu vervollkommnen, und bin mit dahingehenden Versuchen zurzeit beschäftigt; aber da es auch in seiner jetzigen Gestalt, wie oben gezeigt, gute Erfolge zeitigt, glaubte ich es der Allgemeinheit nicht länger vorenthalten zu dürfen und empfehle seine Nachprüfung und Anwendung besonders bei inoperablen Carcinomen.

Ich resümiere mich also dahin: Das von mir angegebene „Diablastin" [1]) ist:

1. vollkommen unschädlich; noch niemals sind Schädigungen irgendwelcher Art beobachtet worden;
2. indiziert bei sämtlichen inoperablen Carcinomen;
3. anzuwenden bei allen Carcinomen, bei denen die Patienten eine Operation verweigern;
4. nach allen Carcinomoperationen wochenlang regelmäßig anzuwenden, um evtl. Rezidiven vorzubeugen.

Das Mittel wird innerlich verabreicht, und zwar 4 mal täglich 1 Teelöffel in einem Weinglase Milch oder schleimiger Suppe.

Beitrag zur Wirkung des Adalins.

Von

Dr. **Löbinger**, Arzt in Kattowitz.

Das von den Elberfelder und Höchster Farbwerden seit ca. 2 Jahren unter dem Namen Adalin in den Handel gebrachte Präparat hat sich als ein überaus brauchbares und für den Arzt zu empfehlendes Schlaf- und Beruhigungsmittel erwiesen. Es ist ein fast geschmackfreies, weißes, in Wasser schwer lösliches Pulver von unbegrenzter Haltbarkeit, das am besten in Tablettenform zu 0,5 g zur Verwendung kommt.

Eine ganze Reihe von Publikationen, darunter mehrere aus den bedeutendsten Kliniken, haben sich bereits mit dem Adalin beschäftigt. Nach den seitherigen Berichten

[1]) „Diablastin" ist erhältlich im chemischen Laboratorium von Dr. Max Heim, Charlottenburg-Westend, Königin Elisabethstr. 51.

scheint das Adalin dem Ideal eines leichten Schlafmittels am nächsten zu kommen, indem es Unschädlichkeit mit einer genügenden Wirkung verbindet.

Neben dem ungünstigen Einflusse von Medikamenten auf den Magen-Darmtrakt sind es besonders die Einwirkungen auf das Gefäßsystem, speziell auf das Herz, welche besondere Beachtung und Aufmerksamkeit erfordern.

Impens (Medizin. Klinik, 1910, No. 47) hat in dieser Beziehung für das Adalin in physiologischen Versuchen festgestellt, daß der Blutkreislauf bei Warmblütern nicht erheblich beeinträchtigt wird. Mit ganz wenig Ausnahmen sank der Blutdruck nur mäßig während des Schlafes. Die Pulsfrequenz wurde oft erhöht, nur in den wenigen Fällen der stärkeren Blutdruckherabsetzung wurde eine Verlangsamung des Herzschlages beobachtet.

Mit diesen Befunden stimmen die seitherigen klinischen Beobachtungen gut überein, von denen vor allem die von dem leitenden Ärzte der Brügelmannschen Asthmaklinik in Berlin-Südende Dr. O. Weiss veröffentlichten zu erwähnen sind.

Das Adalin wurde dort einer Reihe von Asthmatikern mit mehr oder minder schwerer Störung der Herztätigkeit, und zwar in Dosen von 0,5 g 3—4 mal täglich gegen Erregungszustände während des Tages und in Dosen von 2 bis 3 Tabletten à 0,5 g als Hypnoticum vor dem Schlafengehen, mit sehr gutem Erfolge verabreicht.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient, daß das Mittel bei diesen Erkrankungen wochen- und monatelang genommen wurde, ohne eine Spur von Nebenwirkungen oder Gewöhnung hervorzurufen; die in Frage kommenden Herzaffektionen, wie Herzklopfen, Unruhe, Angstgefühle und Depressionen, wurden stets durch dasselbe günstig beeinflußt.

In einer Publikation der 2. inneren Abteilung des städt. Krankenhauses Moabit (cfr. K. Tiling „Ueber Adalin", Therapeut. Monatshefte, Oktober 1912) wird die Einwirkung des Adalins auf Reizzustände des Respirationsapparates, bei leichtem Bronchial-Asthma, bei nicht zu weit vorgeschrittenem Lungenemphysem ausdrücklich hervorgehoben. Vielen Patienten mit chronischer Myokarditis oder inkompensierten Klappenfehlern wurden ihre hochgradigen Herzbeschwerden durch große Dosen von Adalin erträglich gemacht.

Ferner erwähnt Ebstein (L. Ebstein: „Ueber Erfahrungen mit Adalin", Aerztl. Rundschau, 1911, No. 40), daß stenokardische Anfälle und Asthma bronchiale durch Adalin günstig beeinflußt wurden, und auch Fleischmann (Fleischmann: „Die Wirkung des Hypnoticums Adalin". Aus der I. medizinischen Klinik der Charité. Med. Klinik, 1910, No. 47) bestätigt die guten Erfolge des Adalin besonders als Schlafmittel und hebt die gute Verträglichkeit desselben bei Herzerkrankungen hervor.

Da ich annehmen darf, daß zu den immerhin noch spärlichen Angaben über Adalin bei Herzerkrankungen jede weitere Beobachtung von Interesse ist, möchte ich an dieser Stelle auch meine Erfahrungen bekanntgeben. Ich habe mich lange und eingehend mit der Wirkung des Adalins beschäftigt und sorgfältige Beobachtungen gestatten mir ein kritisches Urteil. Besonders sind es zwei Fälle, die ich herausgreifen möchte.

1. Patient L., ein mittelkräftiger Mann, ca. 46 Jahre alt, leidet seit Jahren an chronischer Bronchitis und Emphysem und wurde lange Zeit von schweren nächtlichen Asthmaanfällen gequält.

Diese jede Nacht einsetzenden und lang anhaltenden Anfälle zwangen ihn, die Nacht sitzend auf dem Stuhle zuzubringen, und hatten eine schwere nervöse Schlaflosigkeit zur Folge, auch noch dann, als mit den Jahren die Häufigkeit und Intensität der Anfälle lange nachgelassen hatte. Diese Schlaflosigkeit mit ihren Folgen zwang mich, Hypnotica zu verordnen, die trotz häufigen Wechsels derselben in der prompten Wirkung bald nachließen. Erst gegen Morgen, wenn Patient zu beruflicher Tätigkeit aufstehen mußte, machte sich gewöhnlich starkes Schlafbedürfnis, Mattigkeit und Abgeschlagenheit bemerkbar. Seit Benutzung des Adalin, das ich in dosi refracta (je eine Tablette zu 0,5 g früh und nachmittags, 2 Tabletten abends etwa 8 Uhr) verordnete, stellte sich gegen 10 Uhr ein ca. 5- bis 6 stündiger tiefer und traumloser Schlaf ein. Nach dem Erwachen fehlten alle Zeichen von Abgeschlagenheit und Benommensein, so daß die Wirkung des Adalin dem physiologischen Schlafe sehr nahe kommt.

Ich bemerke dabei, daß die Erfahrung mich gelehrt hat, etwa zwei Stunden vor dem Schlafengehen das Adalin zu geben, um einen guten Schlaf herbeizuführen, und glaube, daß die Spätwirkung darauf zurückzuführen ist, daß Adalin nicht wasserlöslich ist, also erst auf der Höhe der Verdauung seine Vollwirkung entfalten kann.

2. Ein zweiter Fall, den ich seit langer Zeit beobachtete, da es sich um ein nahes Familienmitglied handelt, betrifft eine ältere, an Gefäßverkalkung erkrankte Dame, die unter häufiger Schlaflosigkeit, nächtlicher Unruhe und Schmerzen in der Herzgegend zu leiden hat. Am folgenden Tage treten unter Schmerzen, die von der Herzgegend ausstrahlen, Angstgefühle, Unruhe, Hüsteln, Kurzatmigkeit und mitunter so heftige Beklemmungen ein, wie sie etwa unter dem Bilde der Angina pectoris bekann sind. Nach Vereinbarung mit dem behandelnden Arzte wird seit länger als einem Jahre regelmäßig Adalin angewandt und hat sich dieses glänzend bewährt. Da die Dame an Schlafmittel und Narkotica nicht gewöhnt war, genügten abends ca. 8 Uhr 2 Tabletten zu 0,5 g, um einen ergiebigen und erquickenden Schlaf und damit das Nachlassen der Folgebeschwerden herbeizuführen. Trotzdem das Mittel seit vielen Monaten täglich genommen wird, ist es nach wie vor gleich wirksam geblieben, ohne daß die Dosis erhöht zu werden brauchte. Auch hier ist nach dem Erwachen Mattigkeit und Abgeschlagenheit niemals beobachtet worden. Irgendwelche schädlichen Einflüsse auf andere Organe habe ich nie feststellen können.

In gleich guter Weise hat sich das Adalin auch sonst bewährt, wo ich es angewandt habe.

Hierzu kommt, daß das Präparat sich durch seine fast völlige Geschmacklosigkeit vorteilhaft vor anderen Schlafmitteln auszeichnet und deshalb gut genommen und auch da vertragen wird, wo andere versagten.

Nach meinen Beobachtungen kann ich sagen, daß Adalin nicht nur ein gutes Sedativum, als welches es eigentlich nur gedacht war, als ein Mittel, dessen Wirkung zwischen den Bromalkalien und dem Veronal liegt, sondern auch — richtig angewendet — ein vorzügliches Hypnoticum ist, das ich in meinem Arzneischatze nicht mehr entbehren möchte und bei Erkrankungen der erwähnten Art besonderer Beachtung empfehle.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Dr. **Edgar Reye** (Hamburg-Eppendorf): **Ueber das Vorkommen von Diphtheriebacillen in den Lungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Verf. untersuchte in einer größeren Zahl von tödlich verlaufenen Diphtherien die Lungen auf das Vorkommen von Diphtheriebacillen. Unter den 67 bakteriologisch untersuchten Fällen befanden sich 43 frische und 24 abgelaufene Diphtherien. Im ganzen wurden 56 mal, d. h. in 85 pCt., Diphtheriebacillen in den Lungen gefunden, und zwar 6 mal in Reinkultur, 27 mal gemeinsam mit Erysipelstreptokokken, 23 mal zusammen mit anderen Bakterien (Diplococcus lanceolatus, Friedländers Bacillus pneumoniae, Staphylococcus pyogenes aureus). In den übrigen 11 Fällen blieben die Platten 2 mal steril, 4 mal fanden sich pyogene Streptokokken, 5 mal andere Bakterien. Bronchopneumonische Herde waren in den untersuchten Lungen 29 mal, d. h. in 43,3 pCt. der Fälle, vorhanden und in 27 Fällen (= 48 pCt.) bei den 56 Fällen mit positivem Diphtheriebacillenbefund. Waren die Bronchopneumonien hämorrhagischer Natur, so konnten stets Diphtheriebacillen nachgewiesen werden. Von den 56 Fällen mit Diphtheriebacillen in den Lungen waren 38 als frische, 18 als abgelaufene Diphtherien zu betrachten. Bei den erstgenannten 38 frischen Fällen waren 21 mal Bronchopneumonien vorhanden, 17 mal boten die Lungen makroskopisch keine Veränderungen dar. Bei den 18 abgelaufenen Fällen mit Diphtheriebacillen in den Lungen waren 6 mal bronchopneumonische Herde nachzuweisen, in den übriegn 12 Fällen zeigten die Lungen makroskopisch nichts Krankhaftes. In diesen 18 Fällen fand die Sektion am 9. bis zum 20. Krankheitstage statt. Daraus ergibt sich, daß bis zu 20 Tagen nach dem Einsetzen der Krankheit in anatomisch völlig gesunden Lungen noch Diphtheriebacillen gefunden werden können, obwohl der diphtherische Prozeß im Schlund und in den oberen Luftwegen längst abgelaufen ist. Es ergibt sich daraus, daß auch Diphtherierekonvaleszenten, deren Schlund usw. frei von Diphtheriebacillen befunden wird, noch durch ihre Atemluft ansteckend wirken können, da sie möglicherweise in ihren Lungen floride Diphtheriebacillen beherbergen.

Dr. **Bernhard Schlüchterer** (Chemnitz): **Hemiplegie im Frühstadium der Syphilis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Verf. berichtet über einen Fall von Hemiplegie im Sekundärstadium der Syphilis, welcher erfolgreich mit Salvarsan behandelt wurde. Es handelt sich um eine 21 jährige

Frau, die kurze Zeit nach ihrer Heirat Symptome von Lues zeigte und zunächst mit Quecksilber (Injektionen und Schmierkur) behandelt worden war. Im Verlaufe der Kur trat eine Lähmung der rechten Körperhälfte ein, mit Parese des rechten Facialis. Bei der Aufnahme bestand außerdem ein Exanthem, besonders im Gesicht, sowie ein Geschwür in der Mitte des harten Gaumens. Die Wassermannsche Reaktion im Blute der Patientin war stark positiv. Es wurde nun zunächst eine intravenöse Salvarsaninfusion (0,1 alkalisch) gegeben und nach einigen Tagen Injektionen von Hydrargyr. salicylic. in kleinen Dosen (0,005 resp. 0,01) angeschlossen. Schon nach 9 Tagen war das Geschwür am Gaumen zugeheilt. Die Flecken im Gesicht waren deutlich abgeblaßt und abgeflacht; die aktive Beweglichkeit der rechten Körperhälfte hatte sich von Tag zu Tag gebessert. Es wurden dann in Intervallen von etwa acht Tagen vier weitere Salvarsaninfusionen à 0,1 gegeben, dazwischen Hydrargyr. salicylic. (im ganzen 0,08 g). Dann bekam die Patientin Jodkalium, weiter 10 Injektionen von Enesol (salicyl-arsinsaures Quecksilber). Nach 2½ Monaten wurde die Patientin aus dem Krankenhause entlassen; die Lähmung der rechten Extremitäten war völlig beseitigt; die Patientin hatte 11 Pfund an Körpergewicht zugenommen; die Wassermannsche Reaktion im Blut war bei der Entlassung noch stark positiv. — Es handelte sich hier wahrscheinlich um einen Herd in der inneren Kapsel, vielleicht um einen endarteriitischen thrombotischen Prozeß. Bemerkenswert ist die rasche Besserung nach der kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung.

J. **Boas** (Berlin): **Ueber die Ausschaltung exogenen Blutes beim Nachweis okkulter Magen- und Darmblutungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Bei dem Nachweis okkulter Blutungen in den Fäces spielt die Anwesenheit von Nahrungsfleischresten in den Fäces eine störende Rolle; denn eine fleischhaltige Kost liefert mindestens mit den feineren Blutproben (Benzidin, Phenolphthalein) eine positive Blutreaktion. Auch bei Anwendung der Guajakreaktion erhält man wenigstens bei Gegenwart von rotem, nicht völlig durchgebratenem Fleisch in den Fäces bisweilen tagelang eine mehr oder weniger deutliche Blau- oder Violettfärbung. Manche Autoren schreiben deswegen bei Untersuchung auf okkulter Magen- oder Darmblutung den Patienten absolute Fleischabstinenz für 3—4 Tage vor. Da diese Vorschrift die Untersuchung für den Arzt und Patienten erschwert und man überdies nicht sicher ist, ob der Patient wirklich absolute Fleischabstinenz ausübt, so war Verf. bestrebt, durch Herstellung von blutfarbstofffreiem Fleisch und Fisch dem Patienten diese Abstinenz zu ersparen. Es gelang auf folgende Weise, Fleisch von seinem Hämoglobingehalt zu befreien: 100—125 g geschabtes oder gehacktes Kalb- oder Hühnerfleisch werden mit 100 g 3proz. Wasserstoffsuperoxyds in einer Porzellanschale verrührt. Während des Verrührens entwickelt sich starker Schaum, der bei weiterem Verrühren verschwindet; zugleich nimmt das Fleisch eine vollkommen weiße Farbe an. Darauf wird das von Blutfarbstoff befreite Fleisch auf ein feines Haarsieb getan, unter der Wasserleitung 5—10 Minuten abgespült, bis überschüssiges H_2O_2 entfernt ist. Dann wird aus dem Fleisch in gewöhnlicher Weise ein Croquett hergestellt. In ähnlicher Weise kann man bei der Bereitung von Fischfleisch vorgehen. Die so zubereiteten Croquetts werden von den Patienten gern genommen und gut vertragen. Der nächste oder spätestens der zweitnächste Stuhl kann dann für eine genaue Untersuchung auf endogenes Blut verwendet werden. Man muß vor der Verordnung dieses blutfarbstoffbefreiten Fleisches den Darm durch Karlsbader Salz, Rhabarber, Magnesia, Bitterwasser gründlich entleeren lassen. Das hämoglobinfreie Fleisch ist auch z. B. in der Therapie des Ulcus ventriculi indiziert, wenn nach den ersten Perioden der Milchkur festgestellt werden soll, ob ein weiteres Avancieren in der Diät nicht bloß subjektiv gut vertragen wird, sondern auch objektiv völliges Fehlen von okkultem Blut herbeiführt.

Dr. **Alfred Pers** (Kopenhagen): **Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei der Diagnose von Colonadhäsionen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Die Diagnose von Darmadhäsionen ist immer schwierig, und daher ist auch die Behandlung der durch sie hervorgerufenen Beschwerden unsicher. Häufig bringt erst eine Operation Klarheit und evtl. Genesung. Neuerdings dient die Röntgenuntersuchung als wichtiges Hilfsmittel in der Diagnostik von Verwachsungen im Abdomen, besonders von Colonadhäsionen. Mittels Schirmuntersuchung und Röntgenaufnahme läßt sich feststellen, ob der Darm mit seiner Umgebung verwachsen ist; es kann die Lage etwaiger Adhäsionen ermittelt werden; endlich kann bestimmt werden, inwieweit eine evtl. Operation dem Darm seine Motilität wiedergegeben hat. Die Untersuchung wird folgendermaßen ausgeführt: Der Patient nimmt Grütze mit 40—60 g Wismutkarbonat; 24 Stunden später wird der Patient vor den Durchleuchtungsschirm gestellt. Nun legt der Untersucher unter beständiger Beobachtung des Schirmes seine Hand auf die Bauchwand des Patienten und übt auf diese einen Druck aus. Die größere oder geringere Beweglichkeit des Colons nach verschiedenen Richtungen läßt sich auf diese Weise untersuchen. Wenn normale Verhältnisse vorliegen, wird der Darm, dem ausgeübten Druck folgend, sich bewegen; ist der Darm dagegen an irgend einer Stelle fixiert, so gelingt es nicht, ihn zu verschieben. Verfasser berichtet über 5 Fälle, in denen nach dieser Methode Colonadhäsionen diagnostiziert und nachher durch die Operation bestätigt wurden; in 2 Fällen waren die Adhäsionen nach Krankheiten des Colons entstanden, in den 3 übrigen Fällen waren sie die Folge von vorausgegangenen Appendektomien. Es gelang durch die Operationen die Verwachsungen zu lösen und vorläufig normale Verhältnisse wiederherzustellen. — Die von Verf. mitgeteilte Methode ist deshalb von Wichtigkeit, weil sie durch genaue Lokalisation der Adhäsionen einerseits dem Operateur es ermöglicht, vor der Operation seinen Plan zu entwerfen, andererseits dem Patienten evtl. eine unnötige Operation erspart, wenn nämlich bei der Röntgenuntersuchung keine Verwachsungen sich finden. R. L.

Neurologie und Psychiatrie.

Dr. **Kurt Singer** (Berlin): **Zur Bewertung von Reflexanomalien, besonders bei gutachtlichen Aeußerungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Wie Verf. ausführt, sind Asymmetrie, Abschwächung oder Fehlen der Patellarreflexe stets pathologische Phänomene, welche auf Erkrankungen der peripherischen Nerven oder der Zentralorgane hinweisen. Der diagnostische Wert der Achillesreflexe steht dem der Patellarreflexe nicht nach; oft sind hier gerade die ersten Anomalien zu konstatieren. Der Babinskische Reflex ist eines der wichtigsten Zeichen für Erkrankung der Pyramidenbahnen. Sein Fehlen beweist allerdings nicht, daß eine Pyramidenaffektion nicht vorliegt. Auch der praktsche Arzt soll die Technik der Reflexuntersuchung vollkommen beherrschen. Bleiben Zweifel bei der Beurteilung, so entscheidet nur die Konstanz der Anomalie; ergibt die oftmals wiederholte Prüfung dauernd eine Abweichung von der Norm in demselben Sinne, so ist auch eine geringe Anomalie schon diagnostisch zu verwerten. Verf. erklärt es für einen Kunstfehler (!), wenn in einer gutachtlichen Aeußerung eine Notiz über Patellarreflexe, Achillesreflexe, Fußklonus, Babinski fehlt. R. L.

Roderich Mayr: Ueber Endzustände bei Korsakowscher Psychose. (Dissertation, München 1911.)

Die sämtlichen 8 Kranken, deren Geschichten der Verfasser mitteilt und zum Ausgangspunkt seiner Untersuchungen machte, stammen von trunksüchtigen Vätern ab. Bei allen spielt als ursächliches Moment nicht das Bier, sondern der Schnaps die erste Rolle. Man könnte nach der Auffassung des Verfassers daraus den Schluß ziehen, daß die schwerste Form alkoholischer Geistesstörung, die Korsakowsche Psychose, eine besondere Prädisposition vorfinden muß, die in der überkommenen hereditären alkoholischen Degeneration zu suchen ist, und daß ferner die so belasteten Individuen, zumal, wenn sie Schnapstrinker werden, infolge ihrer geringeren Widerstandsfähigkeit den schwersten alkoholischen Organzerstörungen unterliegen, d. h. eben an der als Korsakowsche Psychose bezeichneten Krankheit zugrundegehen. Es könne nicht als Zufall aufgefaßt werden, daß alle dem Verf. zur Verfügung stehenden Fälle Schnapstrinker waren, da es sich durchaus um Leute aus einem Bezirk handelte, in welchem der weitaus überwiegende Prozentsatz der Triner seinen Alkoholmißbrauch in der Form von Bier ausübe. Diese Frage ließe sich leicht beantworten durch eine vergleichende Untersuchung an dem Krankenmaterial eines norddeutschen Bezirkes, in welchem der Alkoholmißbrauch sich vorwiegend auf Schnaps erstreckt. Die Fälle von Korsakowscher Psychose müßten dort entsprechend zahlreicher sein.

Von den 8 Fällen des Verfassers erkrankten 4 an einem kurzen deliranten Initialstadium; die Erkrankung entwickelte sich im Anschluß an dieses erste Delirium. Bei 3 Fällen entwickelte sie sich aus dem einfachen chronischen Alkoholismus heraus. Eine Sonderstellung nimmt ein Fall ein, bei dem die Erkrankung sich erst im Anschluß an ein zweites Delirium etablierte, nachdem zwischen dem ersten und dem zweiten Delirium ein Zeitraum von nahezu 10 Jahren verstrichen war und der Kranke so ziemlich alle Formen alkoholischer Geistesstörung durchgemacht hatte. Jedoch waren schon beim Ausbruch des ersten Deliriums alarmierende Symptome gegeben. Den Ausgang der Erkrankung bildet in allen Fällen jener eigenartige geistige Schwächezustand, der die Kranken zu den zufriedensten Dauerinsassen der Anstalt macht. Mit Ausnahme eines Falles leisten sie keine oder nur sehr geringe Arbeit und sind absolut außerstande, je wieder einen Platz im öffentlichen Leben einzunehmen. Durchweg aber würden sich diese ruhigen und harmlosen Kranken zur Familienpflege eignen, wenn es unter den heutigen Verhältnissen möglich wäre, sie in diesem Falle vor neuerlicher Alkoholisierung zu schützen.

Im auffallendsten Gegensatze zu dem ganzen psychischen Verhalten dieser Kranken mit ihrer Willensschwäche und Gleichgültigkeit, Gedächtnis- und Merkstörung steht das Ergebnis der vom Verfasser vorgenommenen Rechenversuche. Während man von vornherein annehmen mußte, daß bei diesen Kranken von einer besondern Uebungsfähigkeit nicht die Rede sein könnte, daß sie außerdem ungemein rasch ermüden und unaufmerksam sein würden, hat sich in Wirklichkeit die überraschende Tatsache ergeben, daß sämtliche 6 auf diese Weise untersuchten Fälle eine ganz bedeutende Uebungsfähigkeit aufwiesen, daß ferner von einer sie besonders charakterisierenden Ermüdbarkeit nichts zu merken war, daß endlich, wie aus der geringen Anzahl der Fehler hervorgeht, auch eine Störung der Aufmerksamkeit nicht nachweisbar war. Was aber von ganz besonderem Interesse ist, ist die Tatsache, daß diese in ihrer Merkfähigkeit so schwer geschädigten Kranken noch nach einem Ablauf von 8 Wochen ausnahmslos eine Uebungsfestigkeit aufwiesen, die sich fast durchaus kaum von den bei Gesunden zurückbleibenden Uebungsresten unterscheiden. Verf. zieht daraus den Schluß, daß die meisten dieser Endschwächezustände noch einer ziemlichen Besserung fähig wären, wenn man, auf der Tatsache dieser Uebungsfähigkeit fußend, versuchen würde, durch geeignete Methoden ihren Defekten beizukommen.

Fritz Poensgen: Die Modifikation des manisch-depressiven Anfalls im Rückbildungsalter. (Inaug.-Diss., Straßburg 1911.)

Der Arbeit liegen 8 eingehend geschilderte Fälle zugrunde. In der Symptomatologie der geschilderten Spätanfälle lassen sich die wesentlich senilen Züge dahin präzisieren: 1. Der Affekt tritt eher anfallsweise und als Angstaffekt auf. 2. Die motorischen Leistungen zeigen nahezu nie Hemmungssymptome, sondern vorwiegend Reizzustände. 3. Die motorischen Reizvorgänge und die Wahnbildungen sind von Affektschwankungen unabhängiger als im typisch-manisch-depressiven Anfall; sie sind auch sonst wenig beeinflußbar; sie stellen jedoch in ihrer Gestaltung (Eigenbeziehung, somatopsychische Wahnideen) Symptome dar, die im manisch-depressiven Anfall meist mit starker Affektbetonung einhergehen. Es läßt sich demnach als Aeußerung der senilen Involution bei diesen Anfällen ein mehr selbständiger Ablauf motorischer und affektiver Vorgänge konstatieren, der mit den physiologischen senilen Veränderungen wohl in Einklang zu bringen ist; es stellt aber dieses Selbständigwerden von motorischen Leistungen im Senium eine Erscheinung dar, die auch bei anderen Verblödungszuständen, insbesondere auch bei der Katatonie, zur Beobachtung gelangt. Von den ausschließlich senilen Psychosen läßt sich der einzelne Spätanfall des manisch-depressiven Irreseins nicht mit Sicherheit unterscheiden. Die Anamnese ermöglicht jedoch die Differentialdiagnose, vor allem auch durch den Ausgang. Es konnte in der Mehrzahl der Fälle eine Heilung ohne Defekt festgestellt werden. Gerade diese Heilung, d. h. die Tatsache, daß in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen bei den Kranken wohl die schon früher vorhandene manisch-depressiven Züge nachweisbar sind, nicht jedoch senile Veränderungen von der Stärke der Ausprägung, wie sie im manisch-depressiven Anfall beobachtet werden konnten, macht diese akuten Zustände besonders erwähnenswert. Es werden durch die Reizvorgänge des Anfalles Symptome der Rückbildung manifest, die in der Zwischenzeit latent bleiben, ähnlich, wie überhaupt im manisch-depressiven Anfall eine Gruppierung von Assoziationen zutagetritt, die in der Zwischenzeit nur durch genaue Untersuchung (Assoziationsversuche), und dann nicht immer nachweisbar ist.

Die Ausbildung der Lehre vom manisch-depressiven Irresein hat periodische Erkrankungen kennen gelehrt, die, rein äußerlich betrachtet, mit den Zustandsbildern der ursprünglichen „Manie“ und „Melancholie“ nur noch entfernte Aehnlichkeit haben. Insbesondere können die Fälle mit vorwiegender Beteiligung der motorischen Assoziationen, aber auch die mit paranoider Färbung, die früher das Krankheitsbild der periodischen Paranoia abgegeben haben, sich klinisch sehr verschieden gestalten. Wenn sich auch auf Grund der Hauptmerkmale der Psychosen (Hemmungs- und Reizvorgänge, Verhalten des Affekts) die Zusammengehörigkeit dieser scheinbar so heterogenen Krankheitsbilder nachweisen läßt, so ist doch die verschiedenartige Gestaltung der Anfälle wertvoll, weil sie eigenartige und typische Gruppierungen der Assoziationskomplexe erkennen läßt. Hierzu kommt als Ergebnis der vorliegenden Arbeit als ein weiteres das Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins beeinflussendes Moment, das Senium, insofern es Züge schon hervortreten läßt, die in der anfallsfreien Zeit noch nicht erkennbar sind. F.

Chirurgie.

Dr. med. **Max Brandes** (Kiel): **Ein Todesfall durch Embolie nach Injektion von Wismutsalbe (Beck) in eine Empyemfistel.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Bei der Behandlung von Fisteln mit Wismutsalbeninjektion nach Beck liegt eine doppelte Gefahr vor: einmal die der Wismutintoxikation, sodann die Gefahr der Embolie. Bisher findet sich in der Literatur nur ein Fall von Tod durch Wismutpasten-Embolie nach Anwendung der Paste zur Fistelbehandlung. Verf. berichtet nunmehr aus der Kieler chirurgischen Universitätsklinik über einen zweiten derartigen Fall. Es handelt sich um einen 30 jährigen Mann, bei welchem nach einem pneumonischen Pleuraempyem eine sezernierende Fistel zurückgeblieben war. Um diese Fistel zu beseitigen, wurden zunächst 10 ccm der Wismutpaste injiziert. Drei Tage später wurden durch einen in den Fistelgang eingeführten Nelatonkatheter nochmals 40 ccm Wismutpaste unter geringem Druck injiziert, wovon die größte Menge während der Injektion wieder ausfloß. Beim Herausziehen des Katheters wurde der Patient bewußtlos, die Atmung wurde aussetzend und stertorös, der Puls klein usw. Am nächsten Morgen erfolgte in tiefem Koma der Exitus letalis. Es wurde sofort die Diagnose auf Embolie mit Salbenmasse, besonders in das Gehirn, gestellt. Die Sektion bestätigte diese Diagnose. Es fand sich: wesentliche Füllung zahlreicher kleinster Arterien der Hirnarachnoidea, Milz, Nieren mit Wismutsalbe; kleine hämorrhagische Erweichungsherde des Hirns. Abnorme Weichheit und Verbreiterung des linken Großhirns; zahlreiche infarktähnliche Herde in Milz und Nieren. Kleine Blutungen in die Darmschleimhaut, Tuberkulose der rechten Lunge, ausgedehnte, zum Teil stark schwielige Verwachsungen der rechten Lunge mit Käseherden; Fistelgang in der rechten Lunge. Eröffnetes Gefäß (Vene) in dem Fistelgang; mit Salbe gefüllte Venen in der Umgebung der Fistel. Offenbar hatte der in die Fistel eingeführte Nelatonkatheter an einer Biegung des Ganges die Granulationswand verletzt und es strömte dann flüssige Salbe bei der Injektion durch das seitliche Loch in dem Katheter auf die verletzte Stelle, wodurch es dann zum Eindringen der Salbe in den venösen Lungenkreislauf und durch das Herz in die Hirngefäße kam. R. L.

Ophthalmologie.

Stabsarzt Dr. **B. Möllers** (Berlin): **Ueber den Typus der Tuberkelbacillen bei Parinaudscher Erkrankung [Conjunctivitis tuberculosa].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Im Gegensatz zu Wessely und anderen, welche in einigen Fällen von Parinaudscher Conjunctivitis geglaubt hatten, nachgewiesen zu haben, daß die Erkrankung durch Tuberkelbacillen des bovinen Typus hervorgerufen werde, konnte Verf. aus zwei Fällen von Parinaudscher Conjunctivitis Reinkulturen von Tuberkelbacillen züchten, die nach dem Ergebnis der Tierprüfung dem humanen Typus angehörten. Da nach Verf. bisher in keinem in der Literatur beschriebenen Falle ein einwandfreier Nachweis von bovinen Bacillen bei Parinaudscher Conjunctivitis geführt ist, so hält er die Annahme für unbegründet, daß diese in der Regel gutartig verlaufende Tuberkulose der Augenbindehaut auf einer Perlsuchtinfektion beruht; es bleibt abzuwarten, ob sich in weiteren Fällen dieser Erkrankung Tuberkelbacillen vom bovinen Typus als Erreger werden nachweisen lassen.

Dr. **F. v. Herrenschwand** (Innsbruck): **Experimentelle Untersuchungen zur Airoltherapie der Gonoblennorrhoe.** (v. Graefes Archiv f. Ophthalmologie, Bd. 82, H. 2.)

In der Innsbrucker Universitäts-Augenklinik wird seit über 10 Jahren die Gonoblennorrhoea der Neugeborenen und Erwachsenen, abgesehen von häufigen Ausspülungen mit sterilem Wasser und feuchtwarmen Umschlägen, mit Einstäuben von Airol in den Conjunctivalsack behandelt, und zwar mit günstigem Erfolge. Verf. unternahm es nun, diese Wirkung des Airols gegenüber den Gonokokken experimentell-bakteriologisch zu untersuchen. Er gelangte dabei zu folgenden Ergebnissen: Das Airol ist imstande, beim Zusatz zum Nährboden noch in einer Konzentration von 0,1 : 1000 die Gonokokken vollständig in ihrer Entwicklung zu hemmen. Die desinfektorische Wirkung des Airols wird bei Gegenwart von Chlornatrium und Eiweißkörpern bedeutend erhöht, im Gegensatz zu den Silbersalzen, die bei Anwesenheit der beiden Stoffe an Wirkung verlieren. Das Airol ist unter solchen Bedingungen fähig, schon nach ½ Stunde in einer Konzentration von 1 : 1000 die Gonokokken vollständig abzutöten beziehungsweise in einer Konzentration von 0,1 : 1000 eine starke Keimverminderung hervorzurufen. Das Airol übt auch eine ausgesprochene Fern- und Tiefenwirkung aus, so daß 1,5—2 cm neben dem Desinficiens und 0,5 cm in der Tiefe in vitro ein Wachstum nicht stattfindet. Neben der austrocknenden Wirkung des Wismut, der adstringierenden der Gallussäure ist es in erster Linie das aus dem Airol freiwerdende Jod, das die Gonokokken abtötet oder ihre Entwicklung hemmt. Das Airol wirkt ferner, wie Verf. experimentell nachweisen konnte, äußerst fördernd auf die Phagocytose bei gleichzeitiger Schädigung der Gonokokken in ihrem Wachstum. Während die Silbersalze bei Gegenwart von Eiweiß und Chlornatrium an Wirkung einbüßen und überdies die Phagocytose schädigen, gewinnt das Airol bei Anwesenheit von Chlornatrium und Eiweiß — die auch in der Tränenflüssigkeit enthalten sind — an desinfektorischer Wirkung; gleichzeitig ist

die Phagocytose bedeutend gesteigert. Die experimentelle Untersuchung ergab also eine Bestätigung der günstigen klinischen Ergebnisse der Airolbehandlung der Gonoblennorrhoe.

Privatdozent Dr. **W. Gilbert** (München): **Beiträge zur Lehre vom Glaukom. I. Pathologie, Pathogenese und Therapie.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 82, H. 3.)

Verfasser beschäftigt sich in der vorliegenden umfangreichen, aus der Münchener Universitätsaugenklinik stammenden Arbeit vorwiegend mit den Druckverhältnissen beim Glaukom und dessen Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen, speziell zu Alterationen des Blutdrucks. Als Ursache der intraokularen Drucksteigerung sieht Verfasser eine mit Blutdrucksteigerung einhergehende allgemeine Kreislaufstörung an, die unter Umständen in Verbindung mit lokaler Gefäßsklerose und vasomotorischen Einflüssen Steigerung des Kapillardruckes und venöse Stauung, vermehrte Transsudation herbeiführt. Form und Verlauf des Glaukoms hängen mit dem Refraktionszustand zusammen, werden aber auch durch Höhe und Dauer der Blutdrucksteigerung bezw. deren Schwankungen mitbestimmt. Das inflammatorische Glaukom entwickelt sich nach Verfassers Beobachtungen entschieden häufiger im hyperopischen Auge und wohl auch etwas häufiger bei jüngeren Individuen (unter 60 Jahren); das Glaucoma simplex tritt entschieden häufiger im nichthyperopischen bezw. nur leicht hyperopischen Auge und gern jenseits des 60. Lebensjahres auf, ausgenommen das familiäre erbliche Glaukom. Das nichthyperopische bezw. nur leicht hyperopische Auge des Glaucoma-simplex-Kranken vermag sich sehr hohen Blutdruckwerten anzupassen, so daß einer sehr hohen Blutdrucksteigerung unter Umständen nur geringe okulare Hypertension entspricht. Andererseits kann Glaucoma simplex mit hoher Tension sich bei relativ niedrigem Blutdruck auf Grund lokaler Gefäßsklerose entwickeln. Was nun die Behandlung anlangt, so hebt Verf. im Anschluß an Eversbusch die Bedeutung des Aderlasses nach Dyes hervor. Dieser hat eine dreifache Indikation: Erstens ist er angezeigt im Prodromalstadium, zweitens bei Glaucoma simplex, wenn aus irgendwelchem Grunde nicht operiert werden kann, sowie nach der Operation jeder Glaukomform periodisch (1—2 mal jährlich), wenn das Glaukom nicht zum Stillstand gekommen ist; drittens vor Operationen. Verf. fand, daß die Entspannung des Augendruckes nach der Venaesectio mit dem Sinken des Blutdruckes Hand in Hand geht und daß der intraokulare Druck mit dessen Anwachsen auch wieder ansteigt. Miotica wirken meist schon nach einmaliger Einträufelung etwas stärker drucksenkend als die Venaesectio. Ihre Wirkung erreicht viel schneller den Höhepunkt und ist zu einer Zeit schon abgeklungen, wo die Venaesectio gerade ihre Hauptwirkung entfaltet. Um den Druck vor einer Operation möglichst niedrig zu gestalten, ist die Venaesectio bei Glaucoma simplex 6—24 Stunden, bei Glaucoma inflammatorium mindestens 24 Stunden, die Einträufelung des Mioticums ½—1 Stunde dem Eingriff voranzuschicken. Die kombinierte Anwendung von Pilocarpin und Dionin nach v. Arlt (Einträufelung von 0,002 g gepulvertem Pilokarpin, nach 5 Minuten 0,005 g Dionin unter Kompression der Tränenwege) ist nach Verfassers Beobachtungen sehr wirksam; sie setzt hohen intraokularen Druck sehr schnell herab und beseitigt hierdurch Anfälle. Außer der Venaesectio und der Anwendung der Miotica kommt bei Arteriosklerose noch deren Allgemeinbehandlung in Betracht. Die nach der Operation des Glaucoma simplex nicht selten auftretende Verschlechterung führt Verf. auf eine zu plötzliche Herabsetzung des Augendruckes zurück, welche ebenso schädlich wirkt, wie die dauernde Drucksteigerung. Er rät deshalb bei vorgeschrittenem Glaucoma simplex, besonders bei Fällen mit sichtbaren Gefäßveränderungen, sodann bei denjenigen mit starker Gesichtsfeldeinschränkung (über 20° nasal) entweder überhaupt nicht zu operieren, oder solche Operationsmethoden zu wählen, die den Druck nicht allzu stürmisch herabsetzen.

Privatdozent Dr. **Carl Behr** (Kiel): **Beitrag zur Frage nach den Veränderungen und Schädigungen des Auges durch Licht.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 82, H. 3.)

Wie einige von Verf. mitgeteilten Beobachtungen zeigen, kann sich durch chronische Einwirkung der an kurzwelligen Strahlen übermäßig reichen Lichtquellen (elektr. Beleuchtung) eine unter Umständen recht hochgradige Beeinträchtigung der Empfindlichkeitszunahme der Netzhaut in der Dämmerung entwickeln. Abgesehen von einer leichten conjunctivalen Injektion besonders im Lidspaltenbereich fand sich in den betreffenden Fällen sonst nichts Pathologisches. Die Patienten klagen über Flimmererscheinungen und schlechteres Sehen, besonders beim Blick vom Dunkeln ins Helle. Hemeralopische Erscheinungen fehlen dabei vollständig. Sämtliche Erscheinungen können sich auch nach längerer Dauer ohne jede andere Therapie zurückbilden, wenn der Patient unter normale Beleuchtungsverhältnisse zurückkehrt (Tagesarbeit). Verf. schlägt vor, diese Störung als Ophthalmia electrica chronica zu bezeichnen. Daß in der Tat diese hochgradige Störung der Dunkeladaptation vorzugsweise oder ausschließlich auf die dauernde Einwirkung der im Verhältnis zum Tageslicht bedeutend intensiveren kurzwelligen Strahlen der künstlichen Lichtquellen zurückgeführt werden muß, beweist das fast regelmäßige Vorkommen der gleichen Störung im aphakischen Auge, wie Verf. bei der systematischen Untersuchung bei einer größeren Zahl aphakischer Augen feststellen konnte. Die Linse absorbiert im allgemeinen die kurzwelligen Strahlen bis zu einer Wellenlänge von ungefähr 330 $\mu\mu$ und schwächt auch die Strahlen bis zu 370 $\mu\mu$ mehr oder weniger ab. Bei Fehlen der Linse können die betreffenden Strahlen ungehindert zur Netzhaut gelangen. Durch dauernden Gebrauch von Gläsern kann das Eintreten dieser Störung verhindert werden, da Gläser im allgemeinen die Strahlen bis zu 330 $\mu\mu$ absorbieren. — Den aphakischen Patienten selbst kommt dies Störung nicht zum Bewußtsein; deshalb erfordert sie bei diesen keine Behandlung. Dagegen erfordert die Ophthalmia electrica chronica eine Therapie; am zweckmäßigsten ist die Verordnung von Euphosgläsern oder ähnlichen Schutzgläsern. R. L.

Dr. **Th. Treitel: Zur Vorbereitung des Auges für die Staroperation.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Verf. beschreibt ein Verfahren, das er rein empirisch ausprobiert hat und mit geringen Modifikationen seit ca. 13 Jahren anwendet, und bei dem er unter 344 Extraktionen keinen Fall von primärer deletärer Infektion erlebt hat. Verf. legt das größte Gewicht darauf, keinen Starkranken an dem Tage der Aufnahme in die Klinik zu operieren. Abgesehen davon, daß sich die Patienten zweckmäßigerweise an die neuen Verhältnisse gewöhnen und infolge davon nach der Operation ruhiger verhalten, sollen sie für diese, namentlich das Auge selbst, vorbereitet werden. Eine Kataraktoperation am Tage der Aufnahme in die Klinik auszuführen, würde Verf. geradezu als ein Kunstfehler erscheinen. Die Vorbereitungen, die mindestens zwei Tage vor der Operation ausgeführt werden, sind folgende:

1. Umschläge mit Sublimat 1,0/10 000,0 (Sublimatwasser), 3 mal täglich eine Stunde.

2. Instillation von derselben Lösung 3 mal täglich mehrere Tropfen, ca. ½ Pipette, in Zwischenräumen von je 10—15 Minuten, also im ganzen 6 mal. Vor jeder folgenden Einträufelung wird auf Brennen examiniert und die Conjunctiva des unteren Lids bezüglich vermehrter Injektion untersucht; in diesem Falle wird weniger oft resp. nicht weiter eingetropft. Es kommt dies sehr selten vor; die Mehrzahl verträgt die Umschläge und Einträufelungen von Sublimatwasser gut.

3. Dreimal täglich 1 Tropfen 1 proz. Atropins, gelöst in Sublimatwasser.

4. Zur Nacht Sublimatsalbe 1,0/3000,0 auf die Lidränder und danach

5. am Abend des zweiten Tages vor der Operation ein Probeverband mit Watte, die mit Sublimatwasser vollkommen durchtränkt ist. Die Watte wird nicht mit Gummipapier oder Billrothbatist bedeckt. Es soll kein hydropathischer Verband sein. Er bleibt bis zur nächsten Morgenvisite, und es wird nun untersucht, ob sich Sekret auf der Watte findet und ob Sekret bei Druck auf die Gegend des Tränensacks entleert werden kann.

6. Am Nachmittage vor der Operation werden die Wimpern des unteren und oberen Lides abgeschnitten, an diesem aber nicht vollständig; es bleibt ein Büschel in der Ausdehnung des 5. bis 4. Teiles der Breite des Lides in der Nähe des äußeren Winkels. Man erhält so eine Handhabe, an der man das obere Lid nach Beendigung der Operation fassen, schonend anheben und so das Auge über die Wunde hinweg schließen kann, ohne den Conjunctivallappen zu verschieben.

Nach dem Abschneiden der Wimpern wird das geschlossene Auge und seine Umgebung mit lauwarmer 1 proz. Sodalösung, Seife und Verbandwatte 3 Minuten lang gründlich abgeseift und danach 1 Minute mit Sublimatwasser abgespült. Zur Nacht kommt wieder Sublimatsalbe auf die Wimpern, ohne Verband.

7. Am Operationstage vor der Morgenvisite Abseifen der Lider und Wimpern in derselben Weise wie am vorhergehenden Tage, danach Verband mit einem von Sublimatwasser stark durchtränkten großen Wattebausch. Bei der Visite wird nach Instillation eines Tropfens 5 proz. Kokains der obere Uebergangsteil der Conjunctiva mit einem kleinen sterilisierten trockenen Haarpinsel ausgewischt, in kurzen Zwischenräumen etwa 3 mal, dann das obere und untere Lid möglichst vollkommen ektropioniert und die Bindehaut der Lider sowie des unteren Uebergangsteiles mit einem kleinen, selbstverständlich ebenfalls sterilisierten trockenen Gazetupfer 3 mal abgewischt. Der Pat. schließt dabei beide Augen, so daß die Cornea ganz bedeckt ist. Hiernach wieder Verband mit in Sublimatwasser angefeuchteter Watte bis zur Operation.

8. Unmittelbar vor dem Beginn der Operation, nachdem ca. 5 mal ein Tropfen von 5 proz. Kokain eingetropft und der Patient auf den Operationstisch gelagert ist, wird das zu operierende Auge mit Hilfe eines Gazetupfers mit lauwarmer sterilisierter 1 proz. Borsäurelösung sehr ausgiebig bespült.

9. Nach vollendeter Operation und Toilette des Auges, wobei besonders auf sorgfältige Entfernung aller Blutcoagula und Glättung des stets zu formierenden Conjunctivallappens Gewicht gelegt wird, bedeckt Verf. die Wunde und den inneren Winkel im Bereich der Tränenpunkte mit einer dünnen Schicht von feinst pulverisiertem Jodoform mittels eines sterilitierten Haarpinsels. Kr.

H. E. Goetz, M. D. in Knoxville: **Das Dionin in der Augenheilkunde.** (Mercks Archives, August 1912.)

Dionin wirkt als Lymphagogum, Analgeticum, Antiphlogisticum, lokales Alterans und Irritans, sowie als mildes Antisepticum. Die analgetische Wirkung wird durch Nachlaß des intraokularen Druckes bedingt oder, was auch G. annimmt, durch Resorption von als Reizstoffe wirkenden Toxinen. Ein Anästheticum ist Dionin nicht. Von wesentlichem Nutzen ist das Dionin in der postoperativen Behandlung des Katarakts, insofern als die erzeugte Chemosis zur besseren Schließung der Wunde beiträgt. Das von mancher Seite beobachtete Niesen wird vermieden durch Verwendung von Salbe anstatt wässeriger Lösung und Applikation feuchtwarmer Aufschläge. Zur Aufhellung von Glaskörpertrübungen leistet das Mittel wertvolle Dienste. Blutungen der Retina verschwinden unter seinem Einflusse rasch. Bei Trübungen infolge parenchymatöser Keratitis ist die Wirkung prompter und sicherer als die anderer Medikamente.

Als Lymphagogum steht Dionin an erster Stelle. Bei Iritis beseitigt es, als 10 proz. Lösung mehrmals eingeträufelt, die Schmerzen, vermindert den Druck und ermöglicht die Pupillenerweiterung durch Atropin. Auch bei hinteren Synechien verschafft es prompte Erleichterung. In der Behandlung von Erosionen der Hornhaut, wo Kokain kontraindiziert ist, füllt Dionin eine Lücke aus. Ferner verdient es, gegen mit Schmerzen verbundene toxische Amblyopie zur Linderung und zur Resorption versucht zu werden. Auch bei Skleritis und Episkleritis wirkt es schmerzlindernd und erweist sich fast als Spezificum bei gichtischen und rheumatischen Formen. Bei frischem Pannus ist unter dem resorbierenden Einfluß des Dionins Heilung, bei veralteten Fällen Aufhellung zu erwarten. Verf. beginnt in diesen Fällen mit einer 10 proz. Salbe, die Dosis allmählich steigernd bis zur Anwendung von reiner Substanz. Auch zwei Fälle von Trachom mit Corneageschwüren behandelte er mit befriedigendem Erfolg. —r—

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **von Stalewski** (Freiburg i. B.): **Ueber die Anwendung der Opiate, im besonderen des Narcophins, in der ärztlichen Praxis.** (Therapie der Gegenwart, 1912, Heft 11.)

Die Arbeiten von Straub und seinen Schülern haben gezeigt, daß das Morphin mit dem Nebenalkaloid Narcophin kombiniert die Morphiumwirkung zur Opiumwirkung steigert. Diese Studien führten zur Darstellung des Narcophins. Der Verfasser hat dieses Präparat mit besonderem Erfolge in solchen Fällen gegeben, in denen ein protrahierter Gebrauch des Morphins nicht zu entbehren war. So in einem Falle von schwerer Gefäßneurose, ferner bei Morphiumentziehungskuren. Die Wirkung trat im allgemeinen etwas später ein, war aber von längerer Dauer, so daß man weniger oft die Injektionen zu wiederholen brauchte. Ganz besonders hebt der Verfasser das Ausbleiben von Erscheinungen seitens des Atemzentrums hervor. Weiter wurde das Narcophin bei schmerzhaften Zuständen, Gallensteinkoliken, Kardiospasmus, schmerzhaften Wehen usw. erfolgreich angewandt. Die injizierten Dosen waren bei Erwachsenen 0,03 g Narcophin. B.

Dr. **Curt Ehrlich** (Berlin): **Ueber Ervasin und Ervasincalcium.** (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1912, No. 37.)

Unter diesem Namen wird die Acetylparakresotinsäure und ihr wasserlösliches Calciumsalz von der chemischen Fabrik Goedecke & Co. hergestellt und in den Verkehr gebracht. Diese Verbindungen sollen Acetylsalicylsäure und ihre Salze ersetzen.

Da die Acetylparakresotinsäure in Wasser unlöslich ist, andererseits jedoch das Verlangen nach einem wasserlöslichen wirksamen Salicylersatzpräparat häufig laut wurde, nicht nur, weil vielfach eine Abneigung gegen Pulver und Tabletten vorhanden ist und namentlich Kindern Flüssigkeiten — zumal, wenn sie Geschmackskorrigentien enthalten — besser gereicht werden können, sondern auch, weil in manchen Fällen eine besonders rasche Wirkung — bedingt durch rasche Resorption — erwünscht ist, so mußten sich weitere Versuche auch darauf erstrecken, aus der Acetylparakresotinsäure ein Präparat herzustellen, das wasserlöslich und in resorbierbarer Form verabreicht werden kann. Es kam also darauf an, ein wasserlösliches Salz des „Ervasin“ zu finden, das sich nicht nur in fester Form, sondern auch in Lösung als haltbar erwies und keine unerwünschte Nebenwirkungen zeigte. Von den Salzen des Ervasin wurde das Natrium, Lithium und Kalksalz hergestellt. Verschiedene Methoden führten zu brauchbaren Resultaten. Zwar ist das Natriumsalz der Acetylparakresotinsäure haltbarer als das der Acetylsalicylsäure, aber es entspricht den Anforderungen doch nicht in dem gewünschten Maße. Gegen das Lithiumsalz sprechen gleichfalls mancherlei Bedenken, dagegen scheint das Kalksalz, das sich auch als das beständigste erwies, allen Ansprüchen zu genügen; vereint es doch mit der günstigen Wirkung der Acetylparakresotinsäure noch diejenige des Calciums, das gerade in neuerer Zeit einer vielfachen Verwendung sich erfreut und dem neben seiner sedativen Wirkung ein günstiger Einfluß auf die Herztätigkeit zugeschrieben wird.

Als Indikationen für Ervasincalcium kommen in Frage: akuter und chronischer Gelenkrheumatismus und Muskelrheumatismus, Influenza, Neuralgien, Fieber und sämtliche sonstigen Anwendungsgebiete der Salicylsäure. Die Dosierung ist in leichten Fällen 3—4—5 mal täglich 1 g bezw. 2 Tabletten à 0,5 g. Für Kinder die halbe Dosis. Das Ervasincalcium wird in derselben Dosierung verordnet und kann von den Patienten am besten in Zuckerwasser genommen werden, wodurch der etwas bitterlich-fade Geschmack vollständig verdeckt wird.

Dr. **R. Weissmann** (Lindenfels): **Ueber den therapeutischen Wert des Lecithins.** (Prager med. Wochenschrift, 1912, No. 41.)

Auf den hohen therapeutischen Wert des Lecithins hatten zwar bereits J. Nerking (Allgem. Med. Central-Ztg., 1911, No. 46 S. 631), A. Bickel (Med. Klinik, 1911, No. 12, S. 441), W. R. Schottin (Med. Klinik, 1911, No. 9, S. 339) und andere aufmerksam gemacht, doch haben die meisten Aerzte anscheinend noch nicht die hervorragende Bedeutung des Lecithins für den Organismus erkannt, die von R. Weissmann [Lindenfels] (Prager med. Wochenschrift, 1912, No. 41, S. 585) mit der des täglich verwendeten Eisens auf eine Stufe gestellt wird.

Aber nur durch chemisch reines, cholesterin-, fett- und säurefreies Lecithin, wie es in den Lecitholpräparaten vorliegt, lassen sich die bemerkenswerten physiologischen Wirkungen erzielen.

Auf Grund einer Mitteilung von 14 verschiedenen Krankengeschichten, die ein anschauliches Bild von der Mannigfaltigkeit der Indikationen des Lecithins geben, bezeichnet der Verfasser das Lecithin als ein vorzügliches Stimulans, welches sich bereits bei solchen Erkrankungen bewährt hat, welche mit einem Kräfteverfall einhergehen; es ist deshalb zur Unterstützung spezifischer Heilverfahren bei chronischen Krankheiten, z. B. der Tuberkulose, besonders geeignet.

Sehr wesentlich war der Einfluß der Lecitholpräparate auf das Nervensystem, der sich vornehmlich in der schlaferzeugenden Wirkung zeigte. Von den verschiedenen Handelsformen kam den Lecitholgranules insofern eine größere Bedeutung zu, als diese infolge ihres hohen Lecithingehaltes (10 pCt.) eine besonders schnelle und nachhaltige Wirkung entfalten. H.

Dr. **H. Werner** (Hamburg): **Ueber Neosalvarsan bei Malaria.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Nach den von Verf. im Institut für Tropenkrankheiten gemachten Beobachtungen entfaltet Neosalvarsan bei Tertiana die gleiche spezifische Wirkung wie Altsalvarsan. Die Einzeldosis Neosalvarsan beträgt 0,75—1 g. Die Wirkung ist am ausgesprochensten bei der intravenösen Darreichung, doch die intramuskuläre Injektion wirkt fast ebenso sicher. Die morphologischen Veränderungen der Tertianaparasiten sind nach Neosalvarsan die gleichen, wie sie nach Altsalvarsan beobachtet werden. Bei Tropica erwies sich die Neosalvarsanwirkung als unzureichend; selbst 1,2 g, intravenös gegeben, hat keine genügende Wirkung.

Dr. **Julius Grünberg** (St. Petersburg): **Beitrag zur Neosalvarsanbehandlung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit Neosalvarsan an 90 Fällen. Im ganzen wurden bei diesen Patienten 303 Infusionen gemacht, und zwar 11 mal 2, 37 mal 3, 25 mal 4, 11 mal 5, einmal 7 und einmal 8 Injektionen. Mit Ausnahme einer Psoriasis vulgaris handelte es sich um Syphilitiker verschiedener Perioden. Die Einzeldosen betrugen anfangs 0,6—0,9 g für Männer, 0,45—0,75 g bei Frauen; später verringerte Verf. die Dosen etwas und ging nie über 0,6 hinaus. Symptomatisch konnte Verf. keinen Unterschied in der Wirkung des Neosalvarsans und Salvarsans feststellen. Alle Patienten vertrugen die einzelnen Infusionen selbst sehr gut. Die Reaktionen bei frischen, mit Quecksilber nicht vorbehandelten Fällen verliefen wie nach Altsalvarsan. Zehnmal traten nach der dritten resp. vierten Injektion mittlerer Dosen sehr schwere Reaktionen auf, und zwar in Fällen, welche die ersten Injektionen reaktionslos vertragen hatten. Die Reaktion

bestand in Schüttelfrost, Fieber bis 41°, Puls von 120—140, zuweilen Erbrechen, häufig Uebelkeit, stets andauerndem intensiven Kopfschmerz, Schmerzen und Trockenheitsgefühl im Halse, zuweilen unbedeutende Eiweißausscheidung im Urin, Apathie. Dieser Zustand hielt 3—4 Tage an, um dann allmählich in Besserung überzugehen. Auch in den Fällen, die ohne namhafte Reaktion verliefen, war meist Gewichtsabnahme, allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit vorhanden. In 2 Fällen wurden Erscheinungen von Ueberempfindlichkeit beobachtet. Neurorezidive nach Salvarsan sah Verf. nicht. Was die Technik anlangt, so benutzte Verf. die Schreiber'sche Spritze; er löst in sterilem ad hoc destilliertem Wasser von Zimmertemperatur im Verhältnis von 0,15:20; die Lösung muß unmittelbar vor der Infusion bereitet werden. Nach Verf. ist das Neosalvarsan für die Fälle geeignet, wo kein schneller Heileffekt erzielt werden soll und wo es unerwünscht ist, größere Flüssigkeitsmengen in das Venensytem zu bringen.

Dr. **Saynisch** (Elberfeld): **Ueber Salvarsan- und Quecksilberkombination.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Wie Verf. berichtet, wird in der dermatologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld seit etwa einem Jahre Salvarsan nur in Kombination mit Quecksilber angewendet; die Heilwirkung erwies sich bei dieser kombinierten Methode als gründlicher und auch schneller als bei alleiniger Anwendung des Salvarsans. Die Behandlung beginnt in jedem Falle sofort mit der Schmierkur (40 mal 4 g); die Wa.-R. wird geprüft und dann sofort die größere Salvarsandosis, bei Männern 0,6 g, bei Frauen 0,4 g, intravenös appliziert. Heftige Nebenerscheinungen wurden bei keinem der 400 behandelten Patienten nach Salvarsan beobachtet. Die Lösungen wurden mit steril aufgefangenem destillierten Wasser stets direkt vor dem Gebrauch bereitet und die 0,8 proz. Kochsalzlösung noch einmal vor dem Gebrauch aufgekocht. Geringe Temperatursteigerungen wurden häufig beobachtet, Neurorezidive dagegen niemals. Ueber die Ausscheidung des Arsens aus dem Urin nach Salvarsaninjektion wurden genaue quantitative Bestimmungen angestellt; es ergab sich, daß die intramuskulären und subkutanen Anwendungsformen sich in dieser Hinsicht ziemlich gleich verhalten. Das Maximum der Ausscheidung erfolgte bei beiden Formen nach etwa 32 Stunden; die Ausscheidung dauerte in täglich abnehmender Menge bis zu 18 Tagen. Bei der intravenösen Anwendung geht die Ausscheidung bedeutend schneller vor sich; hier erfolgt bereits nach 12 Stunden das Maximum der Ausscheidung, und nach im Durchschnitt 4 bis 5 Tagen läßt sich kein Arsen mehr im Urin nachweisen. Aus dem Blut verschwindet das Arsen nach intravenöser Salvarsananwendung bereits nach 1½—4 Stunden (in einem Falle war bereits nach einer Stunde Arsen im Blut nicht mehr nachweisbar). Nach Verf. soll eine negativ gewordene Wa.-R. niemals zum Aussetzen der Dauerbehandlung (mit Hg) veranlassen; eine durch einzelne Salvarsaninjektionen verstärkte Dauerbehandlung unter ständiger klinischer und serologischer Kontrolle ist für mindestens 2 bis 3 Jahre notwendig.

Dr. **K. Bierbaum** (Franfurt a. M.): **Die Behandlung bakterieller Infektionen mit Salvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Verf. berichtet über Versuche, die er im Institut für experimentelle Therapie in Betreff der Beeinflussung bakterieller Infektionen durch Salvarsan angestellt hat. Die Versuche betrafen den Milzbrand und den Rotlauf. Die Milzbrandversuche wurden an Meerschweinchen, die Rotlaufversuche an weißen Mäusen angestellt. Die Versuche ergaben, daß Salvarsan auch bei diesen bakteriellen Infektionen eine Abschwächung der Infektion herbeiführt; die Bacillen werden abgetötet, beim Milzbrand allerdings nur, wenn die Salvarsaninjektion möglichst gleichzeitig mit der Infektion stattfindet. Wird Salvarsan erst 2—4 Stunden nach der Infektion injiziert, so ist die Wirkung viel weniger sicher. Besser noch als Salvarsan allein wirkte die Kombination des Salvarsans mit der spezifischen Serumbehandlung. R. L.

Physikalische Therapie.

Dr. **E. Aron** (Berlin): **Liegekuren für unbemittelte Rekonvaleszenten und chronisch Kranke.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Verf. glaubt, daß es für unsere unbemittelten Mitbürger von großem Nutzen wäre, wenn ihnen Gelegenheit gegeben würde, sich ohne große Kosten Liegekuren in staubfreier Luft nach überstandenen Krankheiten leisten zu können, was bisher nur bemittelten Rekonvaleszenten möglich war, unbemittelten nur so weit, als staatliche und städtische Einrichtungen, wohltätige Stiftungen oder Krankenkassen hierzu die Mittel zur Verfügung stellten. Es müßte Gelegenheit gegeben werden, daß in den Parkanlagen an bestimmten Stellen die Erlaubnis erteilt würde, Liegestühle zur Benutzung für Rekonvaleszenten und chronisch Kranke aufstellen zu dürfen, wie dies heute überall in den Gärten der Krankenhäuser, Sanatorien und Erholungsheime geschieht. Dann wäre die Möglichkeit gegeben, daß die Interessenten stundenlang, eventuell den ganzen Tag über im Freien in guter, staubfreier Luft verbleiben könnten. Mancher Rekonvaleszent würde früher genesen und früher seine Arbeit und Tätigkeit wieder aufnehmen können, als dies heutzutage meist möglich ist. Auf diese einfache Art und Weise würde mit Leichtigkeit für eine große Anzahl von unbemittelten Rekonvaleszenten und auch für chronisch Kranke die Möglichkeit geschaffen, möglichst viel im Freien zu verbleiben. Zur praktischen Durchführung dieses Planes würden nur geringe Mittel gehören. Die Verwaltungen unserer Parkanlagen würden leicht geeignete Plätze ausfindig machen, welche abseits liegen und wo der Verkehr nicht vorübergeht. Es müßte die Erlaubnis erteilt werden, daß hier Liegestühle für Rekonvaleszenten und chronisch Kranke aufgestellt werden dürfen, ohne daß dadurch die übrige Menschheit gestört und belästigt wird. Daß die Geschlechter voneinander getrennt werden müßten, hält Verf. für absolut notwendig. Ferner müßte eine gewisse Aufsicht eingerichtet werden, da sonst Unzuträglichkeiten nicht ausbleiben würden. Auch läßt sich die Beibringung einer ärztlichen Erlaubnis zur Benutzung dieser Liegekuren nicht umgehen, um ungeeignete und ansteckende Rekonvaleszenten und chronisch Kranke fernzuhalten. Die entstehenden geringen Unkosten ließen sich mit Leichtigkeit dadurch verringern, daß die Interessenten, welche von diesen Einrichtungen Gebrauch machen wollen, einen kleinen Beitrag zu zahlen haben, welcher selbstredend unter Umständen erlassen werden können müßte. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik (einschließlich der gynäkologischen).

a) Externe medikamentöse Therapie.

Dr. med. **Hedwig Prager-Heinrich**, Aerztin in Charlottenburg: **Vaginale Behandlung mit Xerase [Hefe-Bolusgemisch].** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1912.)

Verfasserin hat die Trockenbehandlung des lästigen Fluors an fast 100 gut beobachteten Fällen durchgeführt und zu ihren Versuchen die von Abraham bereits mit Erfolg angewandte Xerase, ein von der Firma Riedel hergestelltes Gemisch von Hefe, Bolus, Zucker und verschiedenen Salzen gebraucht. Bei der weitaus größten Mehrzahl der Fälle handelte es sich um eine veraltete Gonorrhoe, die jahrelang vorher schon erfolglos in ärztlicher Behandlung war. Die übrigen Fälle von Fluor hatten Lageveränderungen des Uterus, Chlorose als Ursache. In anderen Fällen war die Aetiologie nicht nachweisbar. Verfasserin verfuhr in der Behandlung folgendermaßen: Sie stellte die Portio im Speculum ein, säuberte diese sowie die Scheidenwände gründlich durch Austupfen mit trockener Watte. In die Cervix selbst ging sie nicht ein. In den ersten ihrer Fälle wandte sie einen Pulverbläser an, doch kam sie bald davon ab, und zwar aus rein praktischen Gründen, weil es nämlich zu viel Zeit in Anspruch nahm, um eine gehörige Menge des Pulvers der Scheide einzuverleiben. Später schüttete sie dann das Pulver mittels einer kleinen Papierschippe in das Speculum und führte es mit einer mit Watte armierten Kornzange an die Portio und die Scheidenwände, was noch durch Drehen des Speculums vollendet wurde. Nach 24 Stunden ließ Verfasserin dann eine bis zwei Kamillenspülungen machen, um die zähe Masse, die sich durch das Zusammenbacken des Pulvers mit dem Fluor gebildet hatte, zu entfernen. Infolgedessen kamen dann am übernächsten Tage die Patientinnen hochbeglückt in die Sprechstunde, weil sie nichts mehr von ihrem Ausflusse bemerkt hatten. Verfasserin behandelte die Patientinnen in derselben Weise jeden zweiten Tag und sah bei dieser Behandlung selbst den veraltetsten gonorrhoischen Fluor in 10 bis 20 Sitzungen schwinden. Sehr dankbar für die Behandlung waren die frischen Gonorrhöen. Verfasserin hat hier mit der Xerase dieselben Erfahrungen gemacht, wie sie Nassauer bei seiner Pulverbehandlung schildert! Sie hat niemals Aetzungen vorgenommen und ausschließlich durch die Xerasebehandlung in der geschilderten Weise in 15 bis 25 Sitzungen, das heißt in vier- bis achtwöchiger Behandlung, Heilung erzielt. Adnexerkrankungen im Anschluß an die Behandlung traten niemals auf, obgleich eine strenge Ruhelage sich in vielen Fällen nicht ermöglichen ließ. Verfasserin hatte Gelegenheit, eine Reihe von Patientinnen, die sie vor ungefähr Jahresfrist an akuter Gonorrhoe auf die geschilderte Weise behandelt hatte, wiederzusehen und hat darunter kein Rezidiv gesehen. Auch daraus glaubt sie die Erfolge ihrer Behandlung ableiten zu dürfen, daß ihr von den behandelten Patientinnen immer neue zur gleichen Behandlung zugeschickt werden. Besonders erfreulich war es auch, zu sehen, wie große Erosionen der Portio unter dieser Behandlung in kurzer Zeit schwanden. Auch mehrere Fälle von chronischer Endometritis mit dem Symptom des sogenannten Mittelschmerzes hat Verfasserin durch die Trockenbehandlung mit Xerase geheilt. Das sind die Patientinnen, die fast genau im Intervall zwischen je zwei Menstruationen ein bis zwei Tage heftige krampfartige Schmerzen in abdomine haben, wobei dann durch Kontraktionen des Uterus das in der ganzen Zeit





Dr. J. Schäfer's
physiolog. Nährsalze
für Zuckerkranke ohne Diätzwang und Nierenleidende. Aerztlich empfohlen. Preis Mark 3.— und 4.50
Zu haben in Apotheken.
DR. J. SCHÄFER
BARMEN.
Belehrende Broschüre gratis.



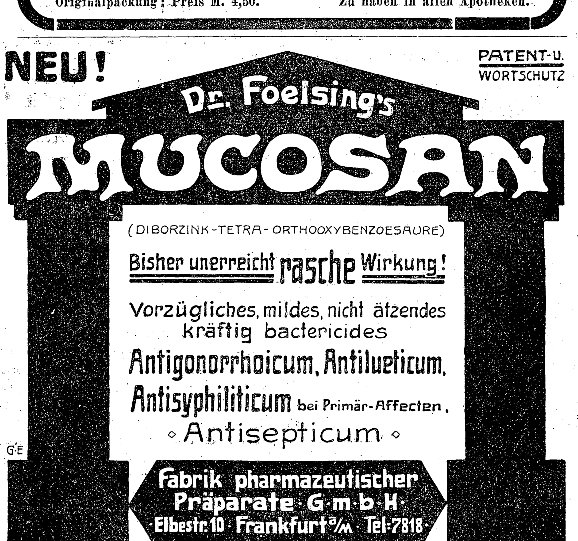
Mühlrad-Yoghurt-Tabletten
enthalten das Bakteriengemenge des Yoghurt konzentriert.
3 mal täglich 1 Tablette.
Packung: M. 3.— u. 1.60
oder:
Mühlrad-Maya-Malz-Pulver
à Flasche M. 1.50.
3 mal täglich 1 Teelöffel.
Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenlos.
Hygiene-Laboratorium G.m.b.H. Berlin-Wilmersdorf III.



„Jecurbilis“ ist vom Kaiserl. Patentamt in Berlin als Arzneimittel unter Nr. 163167 gesetzlich geschützt und wird von vielen Aerzten verordnet, die große Erfolge damit erzielt haben. — Jecurbilis enthält u. a.: **Folia Aquileja vulgaris, Aloes, Fol. Betulae, Folia Trifolii, Rad. Gentianae, Rhizom Rhei, Folia Sennae, Alkohol 15%** etc.
Literatur und Proben sendet den Herren Aerzten gratis und franko
Fabrikant: **Dir. Wagenitz, Magdeburg.**
Originalpackung: Preis M. 4,50. Zu haben in allen Apotheken.



NEU! PATENT- U. WORTSCHUTZ





in der Gebärmutter angesammelte Sekret herausbefördert wird. Da in der übrigen Zeit die Frauen äußerlich keinen Fluor bemerken, so ist durch die Heilung dieser Fälle, das heißt durch Fehlen der Schmerzhaftigkeit und des Fluors an den kritischen Tagen bewiesen, daß von dem Xerasepulver auch eine Tiefenwirkung auf den Uterus ausgehen muß. Die Heilung kommt also nicht nur dadurch zustande, daß der Fluor selbst in seiner Infektionskraft unschädlich gemacht wird. Noch schneller waren die Heilerfolge bei Ausfluß auf nicht infektiöser Basis. Der Fluor alb. bot hier ein dankbares Feld. Oft sah Verfasserin ihn in drei bis vier Sitzungen schwinden. Dekubitalgeschwüre, wie sie durch Pessare oder bei Totalprolaps durch Scheuern an den Schenkeln vorkommen, werden durch die Xerase erstaunlich schnell geheilt. Auch in Fällen von Fluor, erzeugt durch Pruritus diabeticus, half Xerase ausgezeichnet. Mißerfolge waren nur in sehr geringer Zahl bei der Xerasebehandlung des Fluors. Verfasserin schätzt sie höchstens auf 7 pCt. Kr.

b) Operative Therapie und Technik.

Privatdozent Dr. **Georg Hirschel** (Heidelberg): **Die Lokalanästhesie bei Operationen am Pharynx und Oesophagus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 44.)

Verf. hat neuerdings bei Operationen in der Pharynxregion (meist handelt es sich dabei um maligne Tumoren, besonders Carcinom) die Lokalanästhesie angewendet, und zwar speziell die Leitungsanästhesie. Die hierbei in Betracht kommenden Nerven sind der Nervus glosso-pharyngeus und der Vagus. Der erstere versorgt den ganzen Pharynx und die Zungenwurzel mit sensiblen Fasern, der Vagus den Introitus laryngis, den Larynx und den Oesophagus. Beide Nerven treten in der Hirnbasis durch das Foramen jugulare aus und liegen hier, auch nach ihrem Durchtritt durch das Foramen, eng beieinander. Die Injektion geschieht folgendermaßen: Man sticht die lange dünne Nadel nach vorheriger Beschreibung einer Hautquaddel ziemlich in der Querachse des Schädels, die Spitze der Nadel evtl. etwas schräg nach vorn gerichtet, an der Hinterseite des Processus articularis des Unterkiefers dicht am Processus mastoideus am vorderen Rande des Kopfnickers in gerader Richtung langsam etwa 3—4 cm in die Tiefe am Processus styloideus vorbei gegen den Condylus occipitalis. Man injiziert in diese Gegend 10—15 ccm einer 2 proz. Novocainlösung und verteilt diese Lösung durch Verschieben und Zurückziehen der Nadel, so daß ein größerer Gewebskomplex von dem Anästheticum durchdrungen ist. Auf diese Weise kann die Lösung in die beiden Nervenstämme eindringen, auch wenn sie nicht direkt von der Nadel getroffen werden. Je nach der Wahl des Hautschnittes zur Exstirpation des Pharynxcarcinoms, entweder längs des vorderen Randes des Kopfnickers nach unten oder mehr schräg nach dem Unterkiefer zu wird das subkutane Gewebe und die Muskulatur durch mehrere Spritzen ½- oder 1 proz. Novocainlösung infiltrierend anästhesiert. Es werden dabei die Bahnen der Nervi cutanei colli laterales und des Nervus auricularis magnus unterbrochen. Diese Anästhesierungsmethode wurde in vier Fällen der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik angewendet. In zwei Fällen (Sarkom der linken Tonsille und Carcinom einer Tonsille, das auf den weichen Gaumen überging) wurde der Tumor per os entfernt, so daß die Anästhesierung des äußeren Halses fortfiel. Im zweiten Falle wurden auch der 2. und 3. Ast des Trigeminus am Foramen rot. und ovale doppelseitig injiziert. In zwei weiteren Fällen (Carcinom der Tonsille und des Pharynx) wurde der Tumor von außen entfernt; in einem dieser Fälle wurde der Unterkiefer temporär durchsägt, nach Anästhesierung des Trigeminus III am Foramen ovale. Die vier Fälle gelangten zur Heilung. In einem Falle wurde eine Anästhesierung des Vagus- und Glosso-pharyngeus zum Zwecke der Exstirpation eines unterhalb des Ringknorpels sitzenden Oesophaguscarcinoms vorgenommen. Die Operation, bei der die Speiseröhre in einer Ausdehnung von 4—5 cm reseziert wurde, ging fast völlig schmerzlos vor sich. — Wie die Fälle zeigen, muß man meist die Glosso-pharyngeusanästhesie mit der des Vagus und der der beiden unteren Trigeminusäste auf einer oder beiden Seiten kombinieren. Außerdem ist die Haut und Muskulatur des Halses je nach Lage des Schnittes durch Infiltration zu anästhesieren. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1913.

Vorsitzender: Herr Landau.

Vor der Tagesordnung:

Sporadischer Kretinismus bei Geschwistern.

Herr **Michael Cohn** stellte vor 12¼ Jahren in der Gesellschaft ein damals 1¼ jähriges Mädchen mit angeborenem sporadischen Kretinismus vor, das seit dem 13. Lebensmonate Schilddrüsentabletten bekam und von dem er jetzt berichtet, daß es trotz anfänglicher erheblicher Besserung und trotz dauernder Schilddrüsenfütterung bei leidlicher körperlicher Entwicklung geistig doch so tiefstehend geblieben, daß es schon seit Jahren in der Idiotenanstalt untergebracht ist. Heute demonstriert er den 4½ Monate alten Bruder jenes Kindes, der vor kurzem gleichfalls Symptome des kongenitalen Myxödems darbot und bereits durch eine mehrwöchige Organtherapie eine unverkennbare Förderung des körperlichen und geistigen Zustandes erfahren hat. Als ungewöhnlich bezeichnet Vortr. das familiäre Auftreten bei der sporadischen Form des Leidens und das Vorhandensein einer Schilddrüse bei beiden Kindern (beim ersteren hat sich neuerdings ein Cystenkropf entwickelt); als bemerkenswert hebt er hervor, daß beide Geschwister die Symptome darboten, während sie noch Brustnahrung erhielten, daß die Eltern blutverwandt sind und daß die Mutter eine deutliche Struma aufweist. (Bericht des Vortragenden.)

Tagesordnung:

Ueber Blutveränderungen bei hämolytischem Ikterus.

Herr **Huber**: Es handelt sich um einen Fall von erworbenem hämolytischen Ikterus, bei dem das Blut erhebliche Veränderungen aufweist. Die Krankheit der Patientin besteht seit Jahren, ohne erstere Beschwerden zu verursachen. Die Blutkörperchen zeigen folgende Veränderungen: Die Erythrocyten mit vitalfärbbarer Fadensubstanz sind vermehrt; ausgesprochene Anisocytose und Polychromasie, herabgesetzte Resistenz gegen hypotonische Kochsalzlösung. Die Erythrocyten führen eigentümliche Einschlüsse, und zwar von zweierlei Art, indem die einen, von kugeliger Gestalt, mit May-Giemsa dunkelrot, die anderen, von wechselnden Formen, mit May-Giemsa blau gefärbt werden; erstere sind wohl Kernreste, letztere stammen wahrscheinlich von dem basophilen Teil des Plasma. Die Einschlüsse sind Zeichen der Unreife der Erythrocyten und Folge beschleunigter Regeneration derselben; sie scheinen regelmäßig bei hämolytischem Ikterus vorzukommen. Im Urin fehlt Bilirubin, das im Blut vorhanden ist, wogegen sich Urobilin im Urin findet. Endlich zeigt die Patientin einen Milztumor, dessen pathogenetische Bedeutung noch nicht klar ist, man hielt ihn meist für sekundär, womit die von einigen Autoren durch Milzexstirpation erzielten Erfolge nicht recht in Einklang zu bringen sind.

Diskussion:

Herr **Mosse** weist darauf hin, daß nicht in allen Fällen der besprochenen Krankheit eine Verminderung der osmotischen Resistenz der Erythrocyten zu beobachten war. An der Hand eines von ihm selbst beobachteten Falles erörtert er darauf die Differentialdiagnose des hämolytischen Ikterus gegenüber der perniciösen Anämie, der Gilbertschen Cholämie, der Bantischen Krankheit und der Polycythämie.

Ueber das Wesen der Arthritis deformans.

Herr **Axhausen**: Nachdem das klinische Krankheitsbild der Arthritis deformans völlig klargelegt ist, wird die Frage dringend, was die Ursache der markanten Veränderungen dieser Erkrankung ist.

Die vaskuläre Theorie Wollenbergs kann nach neueren Untersuchungen des Vortr. und Walkhoffs nicht aufrechterhalten werden.

Auch der statischen Theorie Preiser-Walkhoffs stehen gewichtige Bedenken entgegen. Der wichtigste Einwand liegt in dem histologischen Befund der Knorpelnekrosen bei der Arthritis deformans; sie können weder, wie Preiser es will, in ihrer Entstehung auf statische Ursachen zurückgeführt werden, noch auch können sie als bedeutungslose Nebenbefunde angesehen werden. Diese Knorpelnekrosen sind der Angelpunkt der Anschauungen, die der Vortr. auf Grund von histologischen und experimentellen Untersuchungen sich gebildet hat.

Nachdem Vortr. in früheren Arbeiten festgestellt hatte, daß die einfache Knochennekrose überall, wo sie entsteht, einen mächtigen Einfluß auf die umgebenden lebenden Knochenanteile ausübt, der zur Knochenbildung, zur Einhüllung und zum Ersatz des toten Knochens durch lebenden führt, hat er sich die Frage aufgeworfen, was die Wirkung der Knorpelnekrosen auf die umgebenden lebenden Gelenkteile sein könnte und ob sie nicht mehr als einen Nebenbefund bei der Arthritis deformans darstellen.

In dreifacher Versuchsanordnung konnte der Vortr. feststellen, daß auch die Knorpelnekrose eine mächtige Wirkung auf die umgebenden lebenden Gelenkteile ausübt: Die benachbarten lebengebliebenen Knorpelzellen beginnen lebhaft zu wuchern und unter andauernder Proliferation in den anstoßenden toten Knorpelanteil zum cellulären Ersatz einzudringen. Die Hauptveränderungen vollziehen sich aber im Markgewebe der subchondralen Knochenschicht. Die hier auftretenden, immer wiederkehrenden markanten Bilder, die Vortr. besonders an den Kniegelenken von Versuchshunden nach Erzeugung von linsen- bis kleinbohnengroßen Knorpelnekrosen (auf elektrolytischem Wege) studierte, fallen bis ins kleinste Detail zusammen mit den wohlbekannten histologischen Bildern der Arthritis deformans. Eine große Anzahl dieser Präparate, die den Werdegang der von den Knorpelnekrosen hervorgerufenen Reaktionsvorgänge wiedergeben, werden demonstriert.

Weiter ist dem Vortr. gelungen, durch Erzeugung mehrerer Knorpelnekrosen im intakten Kniegelenk von Hunden nach einem Jahre die klinischen, anatomischen und röntgenologischen Symptome der Arthritis deformans genau zu erzeugen.

Des weiteren demonstriert der Vortr. eine Serie von Mikrophotogrammen, aus denen hervorgeht, daß Knorpelnekrosen in der Tat bei menschlicher Arthritis deformans nicht nur häufig vorkommen, sondern daß in ihrer Umgebung alle die typischen histologischen Bilder wiederkehren, die bei der experimentellen Nekrose festgestellt wurden.

Der Vortr. schließt daraus, daß die histologischen Bilder bei der Arthritis deformans die gesetzmäßigen Folgezustände der bei dieser Erkrankung gefundenen Knorpelnekrosen sind, welch letztere also das Primäre des histologischen Prozesses darstellen.

Auch für die Genese der Knorpelnekrose kommen andere als statische Momente in Betracht. Der Vortr. demonstriert einige Mikrophotogramme, die frische Knorpelnekrosen nach Gelenktrauma und milden Entzündungen dartun. Bezüglich der Genese der Knorpelnekrosen bei der genuinen Arthritis deformans verweist Vortr. auf die Tatsache, daß durch einwandfreie histologische Untersuchungen festgestellt worden ist, daß zu den physiologischen Greisenveränderungen des Gelenkknorpels die Nekrose der oberflächlichsten Knorpelschichten gehört. Der Grund für diese Tatsache liegt in anatomischen Eigenheiten des Knorpelgewebes, das allein durch Diffusion ernährt wird. Graduelle Steigerungen dieser Ernährungsstörungen, die selbstverständlich vorkommen können, müssen zu tiefergreifenden Nekrosen führen, deren Existenz dann notwendigerweise zu den gesetzmäßigen Folgeerscheinungen, eben dem Bilde der Arthritis deformans, führen müssen.

Die auslösende Ursache der Arthritis deformans sind die Knorpelnekrosen. Die Statik kommt nur als formgebendes Moment bei den weiteren Umwandlungen in Betracht; hier ist sie zweifellos von größter Bedeutung. Der Vortr. präzisiert zusammenfassend seine Anschauungen dahin, daß die Arthritis deformans einen Symptomenkomplex darstellt, der ausgelöst wird durch die Existenz von Knorpelnekrosen und der in seiner Gestaltung bestimmend beeinflußt wird durch die Gesetze der Statik. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr v. **Hansemann**: Unter dem Namen „Arthritis deformans" wird eine ganze Reihe offenbar voneinander verschiedener Krankheitsprozesse zusammengefaßt. Zum Beweise, daß die Theorie des Vortragenden noch der Ergänzung bedarf, erörtert v. H. einen dieser Prozesse, die sogenannte Altersgicht. Bei dieser kommen krankhafte Veränderungen nicht bloß an den Knochen in der Nähe von Gelenken, sondern auch bei Knochen ohne Gelenkverbindungen vor, z. B. an der Innenfläche des Schädels, Veränderungen, die man bereits beim Neandertalmenschen beobachtet hat. Für diese Vorgänge reicht die Axhausensche Theorie nicht aus; es muß sich da wohl um allgemeine Ernährungsstörungen handeln. Für diese Formen der Krankheit ist also die Knorpelnekrose nur als ein Zwischenglied, nicht als die Ursache des pathologischen Prozesses aufzufassen.

Herr **Wollenberg**: Daß die aseptische Knorpelnekrose nicht in allen Fällen das auslösende Moment der Arthritis deformans sein kann, beweisen erstens Knochenwucherungen bei Frühfällen von Arthritis deformans ohne nachweisbare Knorpelnekrose, zweitens die von Müller, Hoffa und W. selbst erlebten Rezidive nach Radikaloperation, wo also gar kein Knorpel mehr vorhanden war.

Herr **Axhausen** (Schlußwort): Es ist nicht zulässig, die Verhältnisse an den Schädelknochen mit denen an Gelenken in Parallele zu bringen. Herrn Wollenberg gegenüber ist zu bemerken, daß in den Frühfällen den Untersuchern vielleicht infolge nicht ausreichend gründlicher Untersuchung Knorpelnekrosen entgangen sein können. Die Erscheinungen der „Arthritis deformans recidiva" sind wohl Folge von Knochennekrose an der Resektionsstelle.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 13. Januar 1913.

Vorsitzender: Herr Fränkel.

Vor der Tagesordnung:

Sehr seltene Komplikation eines Aortenaneurysmas.

Herr **Dorner** (a. G.): Der am 25. November v. J. ins Augusta-Hospital in hoffnungslosem Zustande eingelieferte 61 jährige Mann war früher gesund; die Frau ist seit 13 Jahren blind (Opticusatrophie). Im Januar 1912 bekam er Heiserkeit, Husten und Herzklopfen. Ein Arzt konstatierte Stimmbandlähmung. Hinzu kamen Rückenschmerzen. Schließlich konnte er nicht mehr schlucken. Quälender Husten. Nie Blutungen. Temperatur 38°. Stridor. Zäher, brauner Schleim wird mühsam entleert. Leichte Kyphose. Der Brustkorb dehnt sich ungleichmäßig aus. 150 Pulsschläge. Herztöne unrein, ohne Geräusche. Mäßige Arteriosklerose. Keine Pulsdifferenz. Bei jedem Schluck Wasser kommt es zu heftigen Hustenanfällen. Keine Schlucklähmung. Es scheint eine Kommunikation zwischen Oesophagus und Trachea zu bestehen. Die schmerzhafte Kyphose sprach für Aneurysma. Lues war mit Rücksicht auf die Krankheit der Frau wahrscheinlich. Röntgenuntersuchung ließ der Zustand nicht zu. Die Sondierung der Speiseröhre ergab bei 28 cm elastischen Widerstand, der sich verschieben ließ, pulsierte, aber nicht zu passieren war. Nach 1½ Tagen Exitus.

Es fand sich Erweiterung der Aorta am Boden des Arcus; in der Aortenwandung viele tiefe Narben. Das sackförmige Aneurysma ist kleinapfelgroß, mit Thromben gefüllt; die Wirbelsäule war stark usuriert. Es fand sich eine Verbindung zwischen linkem Bronchus und Oesophagus, doppelseitige Aspirationspneumonie. Das Aneurysma hatte sich nach hinten in die Körper des 4. und 5. Brustwirbels ausgedehnt und 1½ cm tief hineingefressen. Der linke Bronchus und der Oesophagus waren von der aufsteigenden Aorta, dem Aortenbogen und dem Aneurysma eingeklemmt. Die Bronchus-Oesophagusfistel bestand 4 Tage. Der Kranke erlag der Inanition durch Oesophagusverschluß und der durch die Fistel bedingten Schluckpneumonie. Es ist ein sehr seltener Fall. Nur Archer hat 1880 einen gleichen Fall veröffentlicht. Viel häufiger sind Rupturen des Sackes in den Bronchus, die Trachea, den Oesophagus, die Pulmonal- und andere große Gefäße, in den Herzbeutel und das Mediastinum.

Ein Fall von Milztumor mit tödlicher Blutung.

Herr **Ewald**: Der 48 jährige Mann war nie krank, verheiratet, hatte gesunde Kinder, leugnete Lues; vor 4 Monaten bekam er leichte Dyspepsie und eine große Geschwulst im Leibe machte ihm Sorge. Es fand sich ein großer Milztumor, der mehrere Querfinger weit über die Mittellinie nach rechts hinausging und eine mittlere Einkerbung zeigte; sonst war die Oberfläche glatt. Kein Ascites, keine Leberveränderung. Alle klinischen Symptome waren negativ. Kein Ikterus, keine Veränderung des Augenhintergrundes, kein Blut in Magen und Stuhl. Keine Parasiten. Wassermann negativ. Auffiel das Fehlen der Patellarreflexe und Achylie. Im Urin bestanden keine Besonderheiten, nur stärkere Indikanreaktion. Der Hämoglobingehalt betrug 110 pCt. Blutkrankheiten waren nicht anzunehmen, ebensowenig Lebercirrhose oder Morbus Banti. Auch an Echinococcus war zu denken. Endlich kam noch Tumor oder Thrombose der Vena lienalis in Betracht.

Plötzlich, 14 Tage nach der Aufnahme, kam wie aus heiterem Himmel mächtiges Blutbrechen; 1240 ccm Blut wurden erbrochen. Daran schloß sich mehrmals Melaena. Der Puls stieg auf 100. Gegen den Kollaps waren zunächst Styptica von Erfolg. Nachts wiederholte sich die Blutung und im Kollaps erfolgte der Tod. Nur Durst und Unruhe waren vorhanden. Bis zum Tode war das Sensorium frei. Gleichzeitig war eine Verkleinerung der Milz wahrzunehmen, und zwar um mehrere Querfinger. Auch bei der Obduktion fand sich kein Ascites, keine Leberveränderung; auch am Magendarmkanal und am Oesophagus fehlte jede Veränderung. Aber die unteren Oesophagusvenen waren erweitert, nicht geplatzt. Die Milz maß 30:7:6 cm. Die Kapsel war straff, die Substanz blutreich und derb; starke Entwicklung der collateralen Venen. Partielle Pfortaderthrombose in der Milzvene dicht vor dem Milzhilus. Es war ein kanalisierter Thrombus. Auch in den anderen Stämmen der Pfortader fanden sich kleine, wandständige Thromben. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der Magen- und Darmschleimhaut keine Veränderung. Die Milzpulpa war unverändert, die Balken etwas verdickt.

Was war die Ursache der Pylephlebothrombose und der Magenblutung? Syphilis ist für die erstere als Grund auszuschließen; vielleicht wirkte ein Trauma ein. Die Magenblutung steht auf einer Stufe mit den „parenchymatösen Magenblutungen". Varixknoten und kleine Aneurysmen fehlten; desgleichen Cirrhose. Zuweilen kommt es zu postoperativen Blutungen. Ein Analogon bilden die vicariierenden menstruellen Magenblutungen, bei denen ebenfalls Veränderungen der Schleimhaut fehlen.

Diskussion:

Herr **Fürbringer**: Der Fall ist ein Unikum. Redn. verfügt über einen klinisch ganz gleichen, anatomisch völlig abweichenden Fall. Es war ein Mann in mittleren Jahren, den Ref. vor 15 Jahren mit denselben Erscheinungen sah. Er fühlte einen Tumor in der Milzgegend; der Leib war etwas empfindlich. Sonst nichts nachweisbar. Lues wurde angenommen. Nach einer Kur war der Tumor zurückgegangen. In einer Nacht bekam Ref. den Kranken als Leiche in einer Blutlache zu sehen. Die Sektion ergab einen latenten Magenkrebs, der in die Milz durchgewuchert, dort zerfallen war und eine Höhle bildete und einen größeren Ast der Milzarterie usuriert hatte.

Herr **A. Fränkel** sah einen Fall von akuter Magenatonie eines jungen Mädchens. Sie kam mit den Erscheinungen einer profusen Hämatemesis herein. Ref. dachte an Ektasie des Magens. Pat. starb sehr bald. Es fand sich eine kolossale

Ektasie des Magens; der Fundus reichte bis zum kleinen Magen. Es bestand Abklemmung des Duodenums und Unvermögen, den Magen intra vitam durch Erbrechen zu entleeren. Die Ursache waren kleine kapillare hämorrhagische Erosionen; sie können die Quelle starker Blutungen werden.

Herr **Ewald** (Schlußwort): Diese Fälle sind nicht so ganz selten. Hier fehlten aber bestimmt Geschwüre und Erosionen. Es sind Blutungen per diopedesin.

Tagesordnung:

Zur klinischen Mikroskopie und Mikrophotographie.

Herren **C. Posner** und **W. Scheffer** (a. G.) wollen von neuem die Aufmerksamkeit der Aerzte und Kliniker darauf lenken, daß auf Grund neuerer Untersuchungen ein Fortschritt auf dem Gebiete der Mikroskopie des Harns zu erzielen ist. Einmal läßt sich zeigen, daß diese Methode es erlaubt, am frischen Präparat, ohne Anwendung eines Reagens, zu arbeiten. Das geschieht durch die seitlich abgebogenen Strahlen bei Dunkelfeldbeleuchtung, welche durch die Reflexe eine genauere Beobachtung ermöglicht. Ferner hat es sich als möglich herausgestellt, photographische Aufnahmen des Harnsedimentes in einer ungeahnten Reichhaltigkeit zu erhalten. Es herrscht hier noch viel Schablone. Selbst in guten Lehrbüchern ist es schwer, naturgetreue Abbildungen zu finden. Das ist der Vorteil der Dunkelfeldbeleuchtung. Vortr. läßt eine große Zahl von mikroskopischen Präparaten und Mikrophotographien des Harnbildes in Lichtbildern erscheinen und beschränkt sich auf kurze Erläuterungen derselben. Er demonstriert z. B. die Nubecula, diese Mucinbildung, die eine Reaktion der Schleimhaut auf die Phosphaturie darstellt, ferner Cylindroide, die nicht bloß aus der Niere, sondern auch aus anderen Drüsen des Harnapparates, z. B. der Prostata, stammen können. Bei den Cylindroiden der Niere hat es sich gezeigt, daß sie mit echten Zylindern abwechseln können. Das ist für die Nephritis gerade wichtig, wenn man keine Zylinder findet. Neben den Zylindern kommen auch Ballen und Zylindergebilde mit wurzelartiger Verästelung von ähnlicher Substanz vor. Beweis ist das gleiche Verhalten auf Zusatz von Essigsäure. Auch die polymorphen Epithelien können aus den verschiedensten Partien (trotz gegenteiliger amerikanischer Auffassung) des Harnapparates stammen, hier z. B. aus einem periurethralen Absceß, wo keine Spur von Carcinom zu finden ist. Des weiteren beschäftigt sich Vortr. mit der Krystallographie des Harns. Auch hier ist wieder die Nubecula von Bedeutung; sie stellt ein Gemisch von amorphen Phosphaten und organischer Substanz dar. Liegen darin atypische, eigenartige, bisher wenig beschriebene, teils Doppelkeulen, teils Schmetterlingsflügel darstellende Formen von Krystallen, so erwecken sie Verdacht auf Steinbildung. Es ist eine Verbindung von Phosphaten mit eiweißartigen colloiden Massen.

Diskussion:

Herr **Fürbringer**: Die Vorführungen des Vortr. sind dankenswert. Sind die Veränderungen der Leukocyten (blasige, haubenartige Abhebungen) infolge der Einwirkung ammoniakalischer Gährung früher nicht wahrgenommen worden? Ref. hat sie sehr oft bei Verwandlung des Eiters in eine schleimig-zähe Substanz gesehen. Die Cylindroide werden sehr oft bei der gewöhnlichen Untersuchungsmethode übersehen.

Herr **Posner**: Man sieht ersteres gut mit gewöhnlicher Beleuchtung; aber zur Photographie eignet sie sich nicht, weil die Gebilde zu zart sind. Es ist merkwürdig, daß man die Wurzelbildung der Zylinder bei gewöhnlichem Licht kaum sieht. Die Zylinder, auch die echten, können sich gabeln und verzweigen (Senator). Es lohnt, diese Dinge weiter zu verfolgen, um das Verhältnis von Zylinder und Cylindroid zu klären. Diese Körper lösen sich in Essigsäure; dadurch unterscheiden sie sich vom Mucin. Mode.

IV. Bücherschau.

Die Hämorrhoiden, ihre Ursachen, Symptome und Behandlung. Gemeinverständliche Darstellung von Dr. **F. Kuhn**, dirigierender Arzt am Elisabeth-Krankenhause in Cassel. Mit 20 Abbildungen im Text, 3. und 4. Auflage. München 1912, Verlag der ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin. 68 S. 2 Mark.

Die vorliegende allgemeinverständlich gehaltene Schrift des bekannten Autors ist in erster Linie zur Belehrung der Kranken selbst über eines der am meisten verbreiteten Leiden bestimmt. Wenn auch gegen den Inhalt der Schrift in sachlicher Hinsicht keine Einwendungen sich erheben lassen, so scheint die Darstellung für den genannten Zweck stellenweise doch zu eingehend; zwar weist es der Verfasser im Vorwort selbst von sich, eine Anleitung zur Selbstbehandlung geben zu wollen, aber manche Leser könnten durch die Lektüre der Schrift dazu verführt werden. Darum wäre einzelnes besser gekürzt resp. fortgelassen worden. Manche Punkte, z. B. der Abschnitt über die Hämorrhoidalpessare, sind so gründlich dargestellt, daß auch der jüngere Arzt noch manches daraus lernen kann, zumal diese Dinge in den Lehrbüchern gewöhnlich sehr oberflächlich abgetan werden.

Gynäkologie und Röntgentherapie. Von Dr. **H. Eymer**, Assistenzarzt. Berliner Klinik, Heft 293, November 1912. Berlin W., Fischers medizin. Buchhandlung (H. Kornfeld). 21 S. 0,60 M.

Verf. gibt auf Grund der Erfahrungen der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik einen Ueberblick über die bisherigen Erfolge der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Kurz wird auch die Technik der gynäkologischen Röntgenbestrahlung geschildert. Zur kurzen Orientierung über den Gegenstand genügt die Arbeit; für eingehendere Studien sind natürlich ausführlichere Darstellungen zu Rate zu ziehen. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die **Zahl der Aerzte** in Deutschland betrug Ende vorigen Jahres gegen 34 000 (5,06 auf 10 000 Menschen); sie hatte gegen das Vorjahr um etwa 700 zugenommen. Aerztinnen gibt es zurzeit gegen 150. — Auch die Zahl der **Medizinstudierenden** an den Universitäten des Deutschen Reiches ist noch immer im Zunehmen begriffen; sie beträgt in diesem Semester gegen 14 000!

— Die Delegiertenversammlung des **Zentralverbandes des Kassenärzte von Berlin** hat am 16. Januar d. J. in 23 Thesen die Grundsätze für künftige kassenärztliche Verträge festgesetzt. No. 16 der Beschlüsse gewährleistet den Schutz der ärztlichen Koalitionsfreiheit, No. 18 fordert für die Kassen mit begrenzter freier Arztwahl und mit fixiertem Arztsystem Einrichtungen zur Regelung der Bewerbung und Anstellung. Auf die übrigen Punkte können wir vorerst aus Raummangel im einzelnen nicht eingehen; sie betreffen Honorierung, Vertragsdauer, Vertretung, Sonntagsruhe, Familienbehandlung, Schiedsgerichte etc.

— Zwischen Vertretern des **Reichspostamtes** und dem Deutschen Aerztevereinsbunde hat eine Vereinbarung über den kassenärztlichen Dienst bei den neuerrichteten Krankenkassen für Unterbeamte der Reichspost und der Telegraphenverwaltung stattgefunden. Auf Grund dieser Abmachungen empfiehlt das Reichspostamt, jeden Arzt zuzulassen, der unter den vereinbarten Bedingungen zur kassenärztlichen Tätigkeit bereit ist. Der Abschluß der Verträge soll von dem Vorstand der einzelnen Kassen entweder mit den ärztlichen Organisationen oder den Aerzten eines Ortes abgeschlossen werden. In beiden Fällen ist sämtlichen Aerzten des Ortes der Beitritt offenzuhalten. Die Honorierung der Aerzte erfolgt nach der Minimaltaxe bei Patienten mit einem Einkommen von unter 2000 M., bei einem höheren Einkommen nach Vereinbarung.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Drei Berliner Aerzte, die nicht dem akademischen Lehrkörpern angehören, aber mit ihren wissenschaftlichen Arbeiten Anerkennung bei ihren Fachgenossen gefunden haben, haben in der verflossenen Woche den Professortitel erhalten, der Spezialist für Urologie Sanitätsrat Dr. Wossidlo, der Gynäkologe Sanitätsrat Dr. Theodor Landau und der durch langjährige anatomische und physiologische Forschungen verdiente Dr. Otto Kalischer.

— Nicht nur in Marburg, wie kürzlich gemeldet, sondern auch in Bonn, Kiel und Gießen werden jetzt die **Doktordiplome** in deutscher Sprache ausgefertigt.

Halle a. S. Der **Klinizistenstreik** ist mit der Wiedereröffnung der Vorlesungen im neuen Jahre beendet worden, nachdem die Fakultät den Studierenden den das Ausländerstudium regelnden Ministerialerlaß bekanntgegeben hat. — Die von vornherein unwahrscheinlich klingende Nachricht von der Absicht der deutschen Professoren, an die russische Regierung mit Ratschlägen zu einer Aenderung der russischen Universitätsgesetze heranzutreten, ist übrigens alsbald wieder dementiert worden.

Kiel. Der Privatdozent der Chirurgie Prof. Dr. Hans Noesske ist gestorben.

Marburg. Im Alter von 74 Jahren starb hierselbst der früher in Frankfurt a. M. tätige Augenarzt Dr. Philipp Steffan, der besonders durch eine eigenartige Titelangelegenheit bekannt geworden ist. Kurz nachdem er sich — vor ca. 10 Jahren — in den Ruhestand zurückgezogen hatte, wurde ihm ohne sein Zutun der Sanitätsratstitel verliehen und die damals darauf erhobene Stempelsteuer von 300 M. von ihm eingezogen. Nach einigen Tagen sandte er die Verleihungsurkunde zurück, gleichzeitig um Rückzahlung der Stempelgebühr einkommend. Letzteres wurde ihm verweigert, dennoch aber die Titelverleihung durch öffentliche Bekanntmachung

rückgängig gemacht. Den Prozeß, den Dr. Steffan darauf gegen den preußischen Fiskus anstrengte, verlor er zwar, hatte aber dafür die Genugtuung, daß der Minister im Einklang mit der seinerzeit bei der Kommissionsberatung des Stempelsteuergesetzes gemachten Zusage des Regierungsvertreters hinfort die Erhebung des Sanitätsratsstempels in Fortfall kommen ließ.

Wiesbaden. Der Nervenarzt Dr. Nikolaus Gierlich hat den Professortitel erhalten.

Bonn. Prof. Dr. Karl Binz, bis vor wenigen Jahren Professor der Heilmittellehre an der hiesigen Universität, ist im Alter von 80 Jahren gestorben. Er war seit 1856 Arzt und ist darauf einige Jahre an der medizinischen Klinik in Bonn als Assistent und als freipraktizierender Arzt tätig gewesen. Nachdem er sich dann noch von 1861 bis 1862 in Berlin unter Virchow und Frerichs weitergebildet hatte, habilitierte er sich 1862 in Bonn für innere Medizin und Arzneimittellehre. 1868 zum außerordentlichen Professor befördert, rief er 1869 das Bonner pharmakologische Universitätsinstitut ins Leben und wurde 1873 zum ordentlichen Professor der Pharmakologie ernannt, in welcher Stellung er blieb, bis er sich 1908 in den Ruhestand versetzen ließ. Seit 1879 war Binz ständiges Mitglied der Pharmakopoekommission. Binz hat hauptsächlich durch seine Forschungen über die Chininwirkung die Wissenschaft gefördert; zu erwähnen sind ferner seine oft aufgelegten „Grundzüge der Arzneimittellehre", seine „Vorlesungen über Pharmakologie", sowie einige Monographien medizinhistorischen Inhats.

Leipzig. Auch hier war aus denselben Gründen wie in Halle ein **Konflikt** zwischen den Medizinern und den Professoren entstanden, der aber rasch beigelegt worden ist. Die Leipziger Mediziner hatten der Fakultät ihre Forderungen eingereicht und diese Forderungen sind nun von der medizinischen Fakultät ausnahmslos bewilligt worden. Von jetzt ab haben alle ausländischen Medizinstudierenden ein deutsches Abiturium oder ein dementsprechendes ausländisches Examen nachzuweisen. Vor allem aber wird bestimmt, daß die ausländischen Medizinstudenten nach dem fünften Semester ihr Physicum zu machen haben und erst nach Bestehen dieses Examens zu den praktischen Uebungen an den Kliniken zugelassen werden.

Würzburg. Der bisherige Titularextraordinarius Prof. Dr. J. Riedinger hat einen Lehrauftrag für Orthopädie und Mechanotherapie erhalten.

— Als Nachfolger des am 1. April d. J. in den Ruhestand tretenden Prof. Kretz ist Prof. Dr. Martin Benno Schmidt, bisher in Marburg, als Ordinarius der pathologischen Anatomie hierher berufen worden.

München. Stabsarzt Dr. Georg Mayer, Dozent der Hygiene an der militärärztlichen Akademie, ist zum Professor ernannt worden.

Karlsruhe. Dr. v. Beck, Chefarzt der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses, hat den Professortitel erhalten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Weimar. Vor kurzem ist ein **Thüringischer Medizinalbeamtenverein** gegründet worden, an dessen Spitze Geheimer Medizinalrat Dr. Scheube (Greiz) steht.

Gerichtliches.

Konstanz. Der Chefarzt des hiesigen Krankenhauses Dr. Meisel und der Freiburger Arzt Dr. Geulen wurden auf die Klage eines Kranken, der bei einer zu diagnostischen Zwecken unternommenen Röntgendurchleuchtung eine Verbrennung mit Verlust eines Hautstückes erlitten hatte, vom hiesigen Landgericht zur Zahlung eines **Schmerzensgeldes** von 10 000 M. verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat auch in diesem Jahre die Leitung der **Ausstellung**, welche mit dem Chirurgenkongreß verbunden sein wird, der Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik übertragen. Die Ausstellung findet in dem Oberlichtsaale der Philharmonie, Berlin, Bernburgerstr. 22/23, statt, wo auch die Sitzungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie abgehalten werden. Anmeldungen zur Ausstellung nimmt der Schriftführer der Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik, Herr Direktor Alfred Hirschmann, Berlin N. 24, Ziegelstr. 30, entgegen.

— Auf dem Gebiet der **Krebsforschung** sind in den letzten Monaten mehrfache Fortschritte zu verzeichnen. Vor einiger Zeit wurde in Oldenburg ein Landeskomitee für Krebsforschung begründet. Nunmehr ist auch in den thüringischen Landen eine Zusammenfassung der betreffenden Bestrebungen erfolgt und auch an einer anderen Stelle steht die Begründung eines Komitees für Krebsforschung bevor. Ferner ist vor kurzem in Hamburg ein Forschungsinstitut für Krebs und Tuberkulose begründet worden. Es mehren sich also im deutschen Vaterlande die Stellen, von welchen aus versucht wird, planmäßig die Ursachen der Krebskrankheit weiter zu klären und dadurch auf ihre Bekämpfung einzuwirken. Anregend und fördernd für alle diese Bestrebungen wirkt seit mehr als einem Jahrzehnt das Deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, an dessen Spitze die Herren Geheimräte Orth, Ministerialdirektor Kirchner, Geheimer Regierungsrat Wutzdorff, Direktor am Kaiserlichen Gesundheitsamt und Exzellenz Paul Ehrlich stehen. Es ist daher zu hoffen und zu wünschen, daß das Deutsche Zentralkomitee seine segensreichen Bestrebungen immer weiter fortsetzt und ihm für seine Zwecke die erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen.

Höchst. Die hiesigen **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning** konnten in der verflossenen Woche das Jubiläum ihres 50jährigen Bestehens festlich begehen, aus welchem Anlaß wir der berühmten Weltfirma, einer ragenden Säule der deutschen Industrie, unsere herzlichsten Glückwünsche darbringen. — Pharmaceutische Präparate bringen die Werke seit nunmehr 30 Jahren hervor; eines der ersten, das gleichzeitig eine neue Phase in der Geschichte der medikamentösen Therapie einleitete, ist bekanntlich das von Prof. Knorr dargestellte Antipyrin gewesen.

Gera. Der hiesige Gemeinderat hat für ein auf 300 Betten berechnetes **Krankenhaus** den Betrag von 2½ Millionen Mark bewilligt.

Paris. Die **Ehrenmedaille** der Assistance publique wurde auf Anordnung des Ministers des Innern einer jungen Frau verliehen, welche seit dem Jahre 1898 im Röntgenlaboratorium der Salpetrière beschäftigt war. Infolge der intensiven Beschäftigung mit den Strahlen, deren Gefahren man anfangs nicht kannte, hatte die Assistentin an beiden Händen schwere, jeder Behandlung trotzende Brandwunden akquiriert. Im vergangenen Jahre wurde ihr Leiden so arg, daß beide Arme amputiert werden mußten.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum mit den Kontrollnummern 5 und 7, geschrieben: „Fünf und Sieben" aus dem Schweizer Seruminstitut in Bern, 273 und 277, geschrieben: „Zweihundertdreiundsiebzig und Zweihundertsiebenundsiebzig" aus der chemischen Fabrik von E. Merck in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 30. Dezember 1912.

Der Polizei-Präsident.
Im Auftrage: Eschricht.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern: 1215 bis einschließlich 1254, geschrieben: „Eintausendzweihundertfünfzehn bis einschließlich Eintausendzweihundertvierundfünfzig" aus den Höchster Farbwerken, 254 bis einschließlich 259, geschrieben: „Zweihundertvierundfünfzig bis einschließlich Zweihundertneunundfünfzig", aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 196 bis einschließlich 206, geschrieben: „Einhundertsechsundneunzig bis einschließlich Zweihundertsechs", aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg, 237, geschrieben: „Zweihundertsiebenunddreißig", aus der Fabrik vormals E. Schering in Berlin sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung etc. eingezogen sind, vom 1. Januar 1913 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 4. Januar 1913.

Der Polizei-Präsident.
Im Auftrage: Eschricht.

Personalia.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. I. Lilienstein in Hamburg.

Lübeck.

Niedergelassen: Dr. F. J. J. Petersen in Lübeck.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf, Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 1. Februar 1913 | No. 5

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 1. Februar 1913** **No. 5**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Physikalische Bemerkungen, Kromayer-Lampe, Finsenlicht, Uviolstrahlen, „künstliche Höhensonne" (Quarzlampenbestrahlung nach der Bach-Nagelschmidtschen Modifikation der Kromayerschen Quecksilberdampflampe).

Von

Dr. **Karl Wagner**, Arzt in Graz.

Entgegen der früheren Vermutung, daß die dem natürlichen Sonnenlichte beigemischten ultravioletten Strahlen in niederen Lagen nicht zu finden seien, da sie in der dichteren Luftschicht absorbiert würden, mit anderen Worten, daß das Sonnenspektrum im Gebiete des Ultraviolettes eine Verkürzung erfahre gegenüber dem eines hochgelegenen Betrachtungsortes, haben neuere Untersuchungen ergeben, daß das Spektrum in niederer wie in hoher Lage gleich lang sei, daß aber die Intensitätsverteilung eine Beeinflussung erleide. Dieselbe ist in hohem Grade abhängig vom Zustande der Luft. So gab sich beispielsweise in Heluan die Einwirkung des Staubes auf die Intensitätsverteilung des Spektrums noch mehrere Tage nach einem Sandsturm zu erkennen.

Demnach scheint die Tatsache, daß die natürliche Heliotherapie in höheren Lagen weit bessere Erfolge zu erzielen vermag, soweit die Ultraviolettstrahlen in Betracht kommen, als in tiefen, im Zusammenhange zu stehen mit den Momenten, welche die Intensitätsverhältnisse im Ultraviolettanteil des Spektrums bedingen. In tieferen Lagen wird also die Intensität eine bedeutende Verminderung erfahren müssen. Es war daher begreiflich, daß man diesen Fehler auszugleichen suchte; und es gelang auch tatsächlich, ihn nicht nur zu beseitigen, sondern überzukompensieren. Die „künstliche Höhensonne", ein neues System der Quarzlampe, vermag enorme Mengen ultravioletter Strahlen zu erzeugen und übertrifft die Intensität der natürlichen Höhensonne bei weitem, denn schon eine Bestrahlungsdauer von 5 Minuten bei einer Lampendistanz von 1 m vermag auf der Haut ein tagelang anhaltendes Erythem zu erzeugen, eine Wirkung, wie sie die natürliche Höhensonne in gleicher Zeit nicht hervorzurufen vermag.

Ehe wir jedoch zu den physiologischen Wirkungen übergehen, wollen wir uns noch mit einigen physikalischen Tatsachen beschäftigen.

Bei der Umwandlung des Ozons in die niedere Sauerstoffverbindung wird Energie frei, welche die dabei entstehende Phosphoreszenz bedingt, die ihrerseits ultraviolette Strahlen aussendet; da nun Sauerstoff Ultraviolett absorbiert, das Quecksilberdampflicht die Luft zu ozonisieren imstande ist, bestehen eine Reihe engerer Beziehungen zwischen Oxygen- und Uviolstrahlen, welche für die Erklärung gewisser physiologischer Wirkungen von Bedeutung sind.

Während bei der Durchleitung von Ultraviolettstrahlen einer Quarzlampe durch Stickstoff eine Ultraviolettabsorption nicht eintritt, ergab nach v. Wartenberg die Messung mit photoelektrischer Zelle, daß bei Durchleitung des Uviollichtes durch reinen Sauerstoff, der durch eine mit Nernstschem Iridiumofen geheizte Röhre strömte, mit der Temperatur sich ändernde Absorptionsverhältnisse auftraten; es zeigte sich, daß die bei 0° bei etwa 186 $\mu\mu$ endende Absorption des äußersten Ultravioletts sich mit steigender Temperatur immer weiter nach größeren Wellenlängen hin ausdehnte, bei 1800° bis über 300 $\mu\mu$ reichte.

Wenn wir nun diese physikalischen Tatsachen heranziehen zur teilweisen Begründung der physiologischen Wirkung der „künstlichen Höhensonne", so kann man sich ohne weiteres vorstellen, daß alle vom Lichte getroffenen Sauerstoffträger des Körpers, vor allem die roten Blutkörperchen der Hautgefäße, ultraviolette Strahlen absorbieren und in der Blutbahn ins Innere des Körpers tragen, mithin dem Körper reichlich Energie zuführen, was eine Erhöhung des Stoffwechsels bedingt, einen besseren und rascheren Abbau intermediärer Stoffwechselprodukte, eine Zerstörung von Krankheitskeimen; das ultraviolette Licht dringt also schon auf diese Weise in alle Teile des Körpers ein, hat eine Tiefenwirkung (Ozonbildung,

Abbau, Phosphoreszenz, Freiwerden von Energie, Ultraviolettstrahlung der Phosphoreszenz); dabei ist es durchaus nicht notwendig, sich eine tatsächliche Phosphoreszenz im Organismus selbst vorzustellen, denn die im Experimente außerhalb des Körpers auf photometrischem Wege erkennbare Phosphoreszenz ist nichts anderes als eine höhere Intensität des Vorganges bei der Abgabe der aufgespeicherten Energie, die, nebenbei bemerkt, auch von der Temperatur abhängig ist. Der Zusammenhang ist schon durch die Tatsache gegeben, daß Sauerstoff ultraviolette Strahlen absorbiert und wieder abgibt, ein Vorgang, der in meßbarer Ultraviolettstrahlung der Phosphoreszenz bei Abbau des Ozons durch eine Erhöhung seiner Intensität bedingt ist.

Ultraviolettabsorption findet aber nicht nur im Sauerstoff der roten Blutkörperchen, sondern auch in Eiweißsubstanzen statt. Das Absorptionsspektrum der Eiweißsubstanzen und ihrer Derivate wurde in verschiedenen genau festgesetzten Schichtdicken bestimmt zwischen den Wellenlängen $\lambda = 206 \cdot 1$ u. $\lambda = 231 \cdot 4$. Nach den Angaben der Literatur absorbieren bei einer für eine gegebene Konzentration passende Schichtdicke sämtliche Albuminoide in reinster Darstellung die Strahlen zwischen $\lambda = 292 \cdot 6$ u. $\lambda = 262 \cdot 8$. Das Antipepton zeigt keine Banden. Die Untersuchung der Derivate ergibt, daß sie in zwei Gruppen zerfallen; bei der einen ist von einer bestimmten Stelle im Ultraviolett ab die Absorption eine totale, bei der anderen ist ein ausgesprochenes Band bemerkbar; dieses Band rührt von dem tyrosinischen und skatolischen (hauptsächlich von ersterem) Kern her. Nach einer anderen Angabe ist die Transparenz organischer Körper für ultraviolette Strahlen abhängig von dem Bestehen und der Anzahl der doppelten Bindungen im Molekül.

Diese wenigen Beispiele zeigen schon, wie kompliziert sich die Beziehungen des Organismus zu den Ultraviolettstrahlen gestalten, und daß es nicht angängig ist, aus der Annahme, daß die Strahlen schon an der Oberfläche absorbiert würden, eine Tiefenwirkung auszuschließen. Es konnte aber auch, wenn wir von dieser indirekten Tiefenwirkung absehen, von anderer Seite für das Auge eine direkte Tiefenwirkung festgestellt werden. Diesbezügliche Untersuchungen ergaben, daß die Hornhaut alle Strahlen, deren Wellenlänge unter 320 $\mu\mu$ liegt, absorbiert; die Linse absorbiert alle Strahlen, deren Wellenlänge unter 350 $\mu\mu$ liegt; da der Glaskörper vollständig durchlässig ist, kommen also alle Strahlen zwischen 350 und 400 $\mu\mu$ Wellenlänge bis zur Netzhaut.

Das Ultraviolettlicht ozonisiert die bestrahlte Luft. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß nicht nur Ozonisationsvorgänge, sondern auch Desozonisationsvorgänge statthaben, so daß in der bestrahlten Luft gewissermaßen Gleichgewicht zwischen Ozon und Sauerstoff besteht. Der Nachweis des Sauerstoffes in bestrahlten Flüssigkeiten läßt sich vermittelst der photographischen Platte erbringen. Sauerstoff wirkt auf Wasser, in dem er unlöslich ist, im Sinne einer H_2O_2-Bildung ein; in öligen Flüssigkeiten ist er löslich.

Uebertragen wir diese Tatsachen auf die Wirkung auf den Organismus, so ergibt sich, daß in das Innere desselben ultraviolettes Licht gelangt, daß er bei der Bestrahlung mit der „künstlichen Höhensonne" nicht nur in einem Sauerstoffbade liegt, sondern daß auch Sauerstoffvermehrung in den Säften entsteht an allen bestrahlten Stellen, ein Vorgang, der seinerseits wieder die Absorptionsgröße des Lichtes vermehrt, sowohl an der Oberfläche als auch bei seiner Strömung in der Tiefe. Also Anreicherung von Lichtenergie und Sauerstoff im Körper.

Eine weite Perspektive eröffnet die Tatsache, daß in gewissen chemisch-physikalischen Wirkungen eine Verwandtschaft besteht zwischen Lenardstrahlen, Kathodenstrahlen, Kanalstrahlen, Radiumstrahlen und ultravioletten Strahlen.

Während man früher der Meinung war, daß nur Ultraviolettstrahlung zur Ozonbildung führe, fand man in neuerer Zeit, daß diese Eigenschaft auch den Lenardstrahlen zukommt. Der Prozeß der Ozonbildung wird nicht nur durch ultraviolette Strahlung, sondern auch durch Elektronenstoß eingeleitet. Das sekundäre Auslösen des Elektrons durch Stoß sei maßgebend für die Bildung des Ozons. Nach Goldstein verhalten sich Kathodenstrahlen so, als ob sie beim Aufprallen sehr kurzwelliges ultraviolettes Licht erzeugten. Krüger sagt in einer Arbeit über Ozonbildung durch Lenardstrahlen: „Ist die chemische Wirkung des ultravioletten Lichtes der Wirkung sehr hoher, praktisch nicht herstellbarer Temperaturen äquivalent, so gilt dies in weit höherem Maße für die chemische Wirkung der Kathodenstrahlen." Ein anderer Autor erzeugte auf der Bahn des dünnen Entladungsfunkens, der in einem teilweise mit Salzpulver gefüllten Gefäß zwischen Wandung und Salzpulver hingleitet, Nachfarben der betreffenden Salze, die auf die Wirkung ultravioletten Funkenlichtes zurückgeführt wurden. Die Nachfarben waren ganz gleicher Art, wie sie auch durch Kathodenstrahlen gewonnen werden können. Es war hiernach denkbar, daß auch die durch Kathodenstrahlen an den aromatischen Körpern erzeugten Emissionsveränderungen ebenfalls schon durch das Licht des Entladungsfunkens bewirkt werden könnten. Dies fand der Forscher denn auch bestätigt.

Bemerkenswert, sowohl in der Art als auch in dem Parallelismus der Wirkung der Kathoden-, Lenard-, Kanal-, Radium-, Uviolstrahlen, ist der Einfluß derselben auf Lösungen aromatischer Substanzen. Feste (durch flüssige Luft erstarrte) Lösungen aromatischer Substanzen können wieder in ihre Komponenten zersetzt werden. Bei den sogenannten einkernigen aromatischen Substanzen sind die Lösungsspektra identisch mit den Hauptspektren der reinen Substanz. Bei den zwei- oder mehrkernigen, insbesondere bei den sogenannten kondensierten Substanzen ist das Lösungsspektrum total verschieden von dem der reinen Substanz.

Bei der Behandlung verschiedener Erkrankungen mit der „künstlichen Höhensonne" fand ich denn auch Wirkungen, die mich von vornherein an irgendeine Verwandtschaft der oben angeführten verschiedenen Strahlengattungen untereinander (ganz allgemein ausgedrückt) denken ließen. Die Tiefenwirkung war klinisch nicht zu bezweifeln. Bei einem Falle abundanter Menorrhagie sistierte am Tage nach der Bestrahlung des Abdomens und der Kreuzgegend die Blutung mitten in der Regelzeit für zwei Tage fast vollständig, um sodann für die restlichen Tage in verminderter Intensität sich fortzusetzen; die seit Jahren bestehende Obstipation verschwand in kurzer Zeit; dreimal hintereinander traten nach Bestrahlungen während der Regel — und nur dann — kleine, juckende, kreisförmige Ekchymosen an den Extremitäten auf, doch nur an Stellen, die nicht bestrahlt waren; bei späteren Bestrahlungen zeigten sich diese Erscheinungen nicht mehr. Daß die Besserung beziehungsweise Sistierung der Menorrhagie und Metrorrhagie sicherlich nicht allein von der Einwirkung der Strahlen auf die relativ oberflächlich liegenden Rückenmarkszentren zurückzuführen ist, beweisen zwei Fälle (darunter eine Myomblutung im Klimakterium), die überhaupt nur auf das Abdomen bestrahlt worden sind. Speziell die Wirkung des Ultravioletts bei der Myomblutung erinnerte mich an die bekannte blutungstillende Wirkung der Röntgenstrahlen. Es ist selbstverständlich, daß diese wenigen Fälle nicht ohne weiteres verallgemeinert werden können; dennoch haben sie für die Wirkung des Ultravioletts ihre Bedeutung. Es drängen sich uns dabei Fragen auf, deren Beantwortung für das Verständnis der Wirkung nicht nur der Ultraviolettstrahlen, sondern auch der anderen Strahlengattungen von Wichtigkeit sind. Die Sistierung der Metrorrhagie durch die Hauthyperämie erklären zu wollen, ist meiner Meinung nach so wenig angängig, daß ich glaube, mir die Anführung von Gründen hier ersparen zu dürfen. Ueberhaupt will ich hier von einer Besprechung der gewöhnlichen, bei der Bestrahlung entstehenden Hauthyperämie, von ihrer günstigen Wirkung auf Lymphströmung, Erhöhung des Stoffwechsels, Ableitung auf die Hautoberfläche, Pigmentbildung etc. absehen, da dies altbekannte Dinge sind, Erscheinungen, die auch von anderen, thermischen, chemischen, mechanischen Einwirkungen hervorgerufen werden können. Freilich interessieren uns auch einzelne Seiten dieser Erscheinungen, soweit sie spezifischer Natur sind. Davon wollen wir später sprechen. Angesichts der Wahrnehmungen, die unbedingt auf eine Tiefenwirkung hinweisen, einerseits, bei der Tatsache andererseits, daß die durchdringenden longitudinalschwingenden Strahlen in bezug auf Absorption ganz anderen Gesetzen folgen als die transversalschwingenden Ultraviolettstrahlen, welch letztere demgemäß nach der geltenden Anschauung keine Tiefenwirkung entfalten könnten, da sie bereits an der Oberfläche absorbiert würden, stand ich vor einem scheinbar unlösbaren Wider-

spruche. Die Physik der Strahlenwirkung besagt jedoch, daß die dermalen in medizinischen Kreisen oftmals vernehmbare Anschauung falsch ist, welche behauptet, daß nur durchdringenden Strahlen Tiefenwirkungen zukämen. Bei der selbstverständlichen Anerkennung des fundamentalen Unterschiedes der verschiedenen in Betracht kommenden Strahlengattungen, sowohl in physikalisch-chemischer wie in physiologischer Hinsicht, darf nicht vergessen werden, daß bei einer in Betrieb stehenden Röntgenvakuumröhre die Gesamtwirkung das Ergebnis einer Summe von Komponenten ist, unter denen neben den eigentlichen Röntgenstrahlen, den X-Strahlen, auch Ozon, Wärme-, Kathoden-, ultraviolette Strahlen, Blondlots N-Strahlen, Strahlen materieller Teilchen, Funken- und Büschelentladungen, elektrische oder elektrodynamische Wellen in Betracht kommen. Ueber den Mechanismus der Wirkung der X-Strahlen auf lebendes Gewebe besteht eine Reihe von Hypothesen, doch ist es nicht erwiesen, ob die Strahlen als solche chemische Veränderungen erzeugen oder ob die Fluoreszenzerregung zu jenen Veränderungen führt. Schwarz behauptet, daß das durch die Strahlen zersetzte Lecithin die Ursache der Hautveränderungen sei. Hoffmann und Schulz haben aber konstatiert, daß dieselben nur von altem Lecithin herrühren, und daß die positiven Ergebnisse, welche einige Autoren bei der Injektion von bestrahltem Lecithin im Tierexperiment erhalten hatten, Wirkungen des Cholins, eines Zersetzungsproduktes des Lecithins, seien; denn dieselben Wirkungen könne man mit altem Lecithin hervorrufen, gleichgültig, ob es lange, kurz oder gar nicht bestrahlt worden sei, während frisches Lecithin derlei Veränderungen nicht hervorrufe.

Ultraviolettes Licht erzeugt, wenn es auf die Kathode trifft, Kathodenstrahlen, und da, wo diese auf einen Körper treffen, entstehen Röntgenstrahlen, deren Intensität mit der Dichte des getroffenen Körpers wächst.

Bald nach der Einführung der Kromayer-Lampe, der Konkurrentin der Finsen-Reyn-Lampe, kam es zu Kontroversen über die Wirkungen der beiden Lampen. In mühsamen Versuchen prüfte man die Wirkung auf bestrahlte, lebende Gewebe in bezug auf Intensität und Tiefenwirkung und kam — wenigstens fand ich dies in einem nicht gerade verschwindenden Anteil der diesbezüglichen Literatur — je nach der Versuchsanordnung zu den widersprechendsten Resultaten. Das ist auch weiter nicht verwunderlich, da es nicht möglich ist, Versuchsbedingungen herzustellen, unter denen die Wirkungen der beiden Lampen mit gemeinsamem Maßstabe gemessen werden könnten, denn die Physik ihrer Strahlungen weist bei aller Aehnlichkeit dennoch derartige Differenzen auf, daß ein Vergleich nur unter Berücksichtigung derselben denkbar ist. Die Finsenlampe hat ihre Indikationen so gut wie die Kromayerlampe; beide decken sich bis zu einem gewissen Grade in ihren Wirkungen, aber die Differenz in der Physik ihrer Strahlen bedingt eben auch die Differenz der Wirkungen. Türkhauer, Maar, Jansen studierten die Tiefenwirkung der Kromayerlampe an Kaninchenohren, indem sie dieselben unter direktem Anpressen an das Fenster der Lampe ca. eine Stunde bestrahlten. Dabei trat natürlich Nekrose des Gewebes auf. Türkhauer faßt auf Grund dieses Ergebnisses seine Darstellungen in folgendem Resümee zusammen: „Das Licht der Quarzlampe ruft ohne Methylenblau bei direktem Auflegen auf die zu bestrahlende Stelle eine Nekrose hervor, die über das Maß dessen hinausgeht, was wir von einer therapeutischen Lichtquelle verlangen." Wenn die Wirkung in diesem Falle weit über das therapeutische Maß hinausgeht, so liegt das nicht in der Quarzlampe, sondern in der übermäßigen Dauer der Bestrahlung. Man gibt zu therapeutischen Zwecken ja auch nicht 10 g Digitalis pro dosi. Histologisch fand man bei diesen Versuchen neben den Erscheinungen der Lichtnekrose, daß sich die regenerativen Prozesse im Gegensatze zur Finsenbestrahlung sehr spät und oftmals ungenügend einstellen, und man schloß daraus, daß die gefundene verzögerte und weniger lebhafte Proliferation von dem Umstande herrühre, daß der Gehalt des Quecksilberlichtes an gutpenetrierenden Strahlen geringer sei. Es gebräche dem Quecksilberlichte an einer hinlänglichen Menge der in die Tiefe wirkenden hyperämisierenden, Proliferation erzeugenden Strahlen. „Nach allem, was wir wissen, sind es wahrscheinlich die sichtbaren blauen und violetten und die innersten ultravioletten Strahlen, die in dieser Hinsicht die wirksamsten sind. Diese finden sich in reichlicher Menge im Finsenlichte." Meines Erachtens sind diese Versuche nicht geeignet, die feineren Unterschiede der Wirkung der verschiedenen Strahlungen zu demonstrieren; sie beweisen nur, daß bei der gewaltigen Ueberdosierung mit der Kromayerlampe tiefer- und weitergehende Zerstörungen hervorgerufen wurden als mit der Finsenlampe. Die Intensität sowohl als auch die Art der Strahlung ist maßgebend für die Wirkung. Belebungen der Gewebe bei geringeren, vorsichtigen Dosen (besonders bei der ersten Bestrahlung), elektive Schädigung der in rascher Teilung begriffenen Zellen (ähnlich den Röntgenstrahlen), desinfizierende, granulationsfördernde Wirkung bei mittleren Dosen, alles Leben zerstörende Wirkung bei höchsten Dosen, also Umkehr des Erfolges je nach der Dosis.

Die Aktinität einer Lichtart hängt unter anderem ab von der Art der Strahlen, ihren Wellenlängen, ihrer Stoßkraft und ihrer Beziehung zur Resonanz des bestrahlten Mediums. Die Bedingungen für die Resonanz, die Induktion der Teilchen desselben sind gegeben durch das Verhältnis zwischen Wellenlänge und Dimensionen der Körperchen, aus denen sich das Medium zusammensetzt, durch Molekulargröße und andere chemische Momente. Dies erklärt auch zum Teil die elektive Wirkung bestimmter Lichtgattungen beziehungsweise Strahlengattungen von gewisser Wellenlänge auf bestimmte Zellen des lebenden Organismus (Tumorzellen, Lupusgewebe). Diese Zellen verhalten sich etwa wie ein Empfangsapparat, der auf eine bestimmte elektrische Wellenlänge abgestimmt und gerade nur für diese ansprechbar ist. Die Finsenlampe benutzt das Bogenlicht der Kohlenelektroden, das Voltalicht, die Quarzlampe das Bogenlicht von Quecksilberelektroden, das Quecksilberlicht. Ersteres entsteht bei bedeutend höherer Stromstärke und höherer Temperatur als letzteres; zwischen gewissen Grenzen decken sich in bezug auf Wellenlänge und Anzahl der Strahlen beide; über diese Grenzen hinaus weichen sie aber voneinander ab, daher müssen sie, wenn wir außerdem noch die Resonanzbedingungen bedenken, a priori am lebenden Gewebe verschiedene Wirkungen entfalten, sowohl in bezug auf Intensität, Penetration, Elektivität, Latenzzeit bis zur sichtbaren Wirkung, Proliferation, Nekrose, baktericide Wirkung. Daraus ergeben sich die Indikationen für die beiden Lampen von selbst.

Schultz studierte die Penetrationsfähigkeit des Ultraviolettlichtes, indem er ein Stück menschlicher Leichenhaut vor die Kromayerlampe brachte. Bei der spektroskopischen Vorprüfung mit Uranglas schien die bisherige Auffassung, daß Ultraviolettstrahlen die Haut nicht zu durchdringen vermögen, bestätigt, es erschien kein ultravioletter Streifen. „Jeder", fährt er fort, „der gezwungen ist, häufiger selbst spektroskopisch zu arbeiten, weiß aber, daß das Ultraviolettspektrum erst dann scharf auf der photographischen Platte erscheint, wenn man den Spalt soweit schließt, daß die Fluoreszenzstreifen für das Auge verschwinden. Als ich diese feinere Methode der Untersuchung mit der photographischen Platte anwandte, erschien das Ultraspektrum in voller Ausdehnung bis über die Linie 240 hinaus." Ein gleichsinniger Versuch am lebenden Kaninchenohr, der unter für die Penetration ungünstigen Verhältnissen (Pigment, Hyperämie bei nur leichtem Anhalten des Ohres an die Quarzlampe) angestellt wurde, ergab, daß die Ultraviolettstrahlen bis zur Linie 265 durchgelassen wurden, daß also Blut und Pigment nur den äußersten Abschnitt von 265 bis 240 absorbiert hat. Schultz sagt zusammenfassend: „Die Penetrationsfähigkeit des ultravioletten Lichtes ist also für menschliche und tierische Haut weit größer als bisher angenommen und kann daher zur Erklärung der Tiefenwirkung als direkt auslösender Faktor betrachtet werden."

Nach Lohde stellt die Kromayersche Quarzlampe unter den für die Behandlung der Haut und Schleimhaut bestimmten Apparaten, wozu die Eisenelektrodenlampe, die Uviollampe und die Finsen-Reyn-Lampe gehören, das Vollkommenste dar, insofern, als sie die erwähnten Apparate sowohl an Oberflächen- wie an Tiefenwirkung bedeutend überträfe. Die Verwendung des Quarzes für die durchsichtigen Teile der Lampe gestattet

eine vollständige Ausnutzung der von dem glühenden Quecksilberdampf ausgehenden blauen, violetten und ultravioletten Strahlen. Indikationen für die Lichtbehandlung geben nach diesem Autor die meisten durch Mikroorganismen verursachten Hautaffektionen, unter ihnen besonders der Lupus. Lohde hebt besonders das schnelle Eintreten der Heilung infolge Belichtens hervor, was bei keiner anderen Hauttherapie in dem Maße möglich sei. Durch Dazwischenschalten eines Mischapparates wird, wie aus seinen Mitteilungen hervorgeht, mittels Methylenblaulösung dem Licht jede Wärmewirkung genommen und die stark reizenden, kurzwelligen, ultravioletten Strahlen absorbiert. Auf diese Weise könne man die nur für die Tiefenwirkung in Betracht kommenden Strahlen allein in Anwendung bringen, wodurch die Indikationsstellung auf weitere Krankheiten ausgedehnt werde. Maas findet beim Vergleich der Quarzlampe mit der Finsenlampe, daß bei ersterer die Oberflächenwirkung intensiver ist, während die Tiefenwirkung bei der Finsenlampe stärker ist.

Nach Wichmann zeigt die Quarzlampe eine größere Oberflächen-, aber eine geringere Tiefenwirkung als die Finsen-Reyn-Lampe, wenn man das Licht der beiden Lampen durch ein Kaninchenohr hindurch auf menschliche Haut wirken läßt. Wird aber ein Methylenblaufilter eingeschaltet, das die kurzwelligen ultravioletten Strahlen absorbiert und nur die langwelligen durchläßt, so erzeugt die Quarzlampe in derselben Tiefe eine stärkere photochemische Lichtentzündung als das Finsenlicht. Dies macht nach Wichmann die Quarzlampe der Finsenlampe auch bei tiefergelegenen Hautaffektionen überlegen. Hesse konnte die Angaben Wichmanns, daß das Quarzlicht nach Ausschaltung eines Teiles seiner ultravioletten Strahlen durch Blaufärbung des Kühlwassers eine stärkere Tiefenwirkung als das Finsenlicht besitzt, auf Grund seiner eigenen Versuche nicht bestätigen. Bei Anwendung des Blaufilters zeigte sich sogar eine starke Oberflächenreizung nach Quarzbestrahlung. Heymann ließ an seinem eigenen Unterarm eine Stelle von Pfennigstückgröße 45 Minuten lang mit dem Finsenapparat, darauf eine benachbarte von derselben Größe mit dem Blaulicht der Quarzlampe 35 Minuten behandeln. Beide Male mußte das Licht ein von Haaren und Fett befreites Ohr eines lebenden Kaninchens, das in dem einen Fall durch eine Finsensche Drucklinse, im andern durch das Quarzfenster selbst komprimiert wurde, durchdringen. Während gar keine Finsenreaktion zu konstatieren war, zeigte die mit der Quarzlampe behandelte Stelle schon nach 12 Stunden ein deutliches Erythem, das erst nach fünf Tagen abgeblaßt war.

Kromayer vergleicht das Quecksilberlicht mit dem Finsenlicht und findet, daß ersteres (Kipplampe, 140 Volt, 4 Ampère, Vorheizlampe, 180 Volt, 9 Ampère) in der Hälfte der Zeit ein gleiches Hauterythem hervorzurufen imstande ist wie das Finsenlicht (Dermolampe, 17 Ampère, Tripletlampe, 27 Ampère) und die Hälfte der Zeit gebraucht, um Chlorsilberpapier gleich stark zu schwärzen wie jenes. Das Quecksilberlicht sei also an Oberflächenwirkung therapeutisch doppelt so kräftig wie das Finsenlicht. Er fand, daß das Licht seiner Quarzlampe nicht nur eine stärkere Oberflächenwirkung, sondern auch eine bedeutendere Tiefenwirkung hat als das Finsenlicht, daß z. B. die Kipplampe bei 3½ Ampère und 140 Volt durch drei Papierlagen — benutzt wurde ein derbes Schreibpapier, das in drei Lagen ebensostark absorbierte wie eine vom subkutanen Fette befreite Kinderhaut — das Silberpapier noch intensiver schwärzte als in der gleichen Zeit die Finsen-Reyn-Lampe (22—25 Ampère) durch nur eine Papierlage, daß bei zwei Papierlagen das Finsenlicht etwa viermal soviel Zeit braucht, um das Silberpapier in gleicher Intensität zu schwärzen wie das Quecksilberlicht. Durch fünf bis sechs Papierlagen hindurch vermochte das Finsenlicht nach fünf Minuten das Silberpapier nur eben erkennbar zu schwärzen, während das Quecksilberlicht unter gleichen Bedingungen schon nach zwei Minuten eine deutliche Schwärzung hervorrief. Schließlich erzeugte das Finsenlicht nach fünf Minuten durch sieben Papierlagen hindurch keine Einwirkung mehr, während das Quecksilberlicht das Papier noch deutlich färbte. Kromayer nimmt nach diesen Ergebnissen eine drei- bis fünffach überlegene Tiefenwirkung des Quecksilberlichtes gegenüber dem Finsenlicht für therapeutische Verhältnisse an und findet diese Annahme bestätigt in der Behandlung eines tiefliegenden Lupus squamosus des Gesichtes, den er, nachdem er in 12 Sitzungen mit dem großen Finsenapparate nicht wesentlich beeinflußt wurde, durch Quecksilberlicht in drei Sitzungen vollständig zum Schwinden bringen konnte. Stern und Hesse kamen auf Grund ihrer Versuche hingegen wieder zur Anschauung, daß Finsenlicht eine größere Tiefenwirkung entfalte als Quecksilberlicht. Bei kritischer Würdigung der sich teilweise stark widersprechenden Angaben der Literatur vermißte ich des öfteren die notwendige Berücksichtigung physikalischer Bedingungen bei der Anstellung vergleichender Versuche, ein Moment, welches gar manchen Widerspruch zu lösen imstande ist. Spannung, Stromstärke, Temperatur, Art der Elektroden, Dauer der Belichtung, Entfernung der Lichtquelle vom bestrahlten Gegenstand, Anzahl der Strahlen von bestimmter Wellenlänge, Medien, welche das Licht passieren muß, ehe es den zu bestrahlenden Gegenstand trifft, die Konstruktion der Apparate, chemisch-physikalische, biologische Zustände des bestrahlten Körpers usw. fand ich oftmals nicht genügend berücksichtigt; kein Wunder, wenn daraus Vergleiche resultierten, die keine waren. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Pathologische Anatomie.

Carl Wilms: Die Langerhansschen Inseln des kindlichen Pankreas mit besonderer Berücksichtigung ihrer Zahl. Aus dem patholog. Institut zu Bonn. (Dissertation, Bonn 1912.)

Schlüsse: 1. Die Inselzahl sinkt nach der Geburt bedeutend im einzelnen Gesichtsfeld, und zwar hauptsächlich im ersten Lebensjahre. Nach Vollendung des ersten Lebensjahres sinkt sie noch weiterhin im Gesichtsfeld, jedoch viel langsamer. 2. Die Variationsbreite der Inseln nimmt ebenfalls ab, und zwar auch hauptsächlich im ersten Lebensjahre. F.

Innere Medizin
(einschl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

W. Ziehlke: Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie des Hydrocephalus chronicus. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel. (Dissertation, Kiel 1912.)

1. Fall. 8 Jahre altes Kind, das erste nach 13 jähriger Ehe. Forceps. Kind habe gleich von Anfang an einen dicken Kopf gehabt; mit fünf Jahren Lungen- und Gehirnentzündung. Mit vier Jahren sprechen und laufen gelernt. Tubera frontalia vorgewölbt. Maße: 18:15½:53½ (über Tub. front. 54). Beide Pupillen stark dilatiert, linke mehr als die rechte, beide etwas exzentrisch; Lichtreflex negativ; Konvergenzreflex negativ; konvergiert mit dem rechten Auge nicht; ophthalmoskopisch; beiderseits Opticusatrophie (neuritisch?); Gaumenbögen gleichmäßig gehoben; Würgreflex positiv, lebhaft. Sprache artikulatorisch nicht gestört. Andeutung von Stammeln, kein Tremor digitor. Kniephänomen auffallend lebhaft. Achillessehnenreflexe lebhaft. Babinski links manchmal angedeutet. Keine deutliche Ataxie. Kein Romberg; Gang etwas spastisch, stampfend. Wassermann positiv. Lumbalpunktion. Befund positiv. Mittelstarke Lymphocytose. Nach Punktion munterer, klagt nicht, kein Schwindel. Schmierkur. Gebessert entlassen (nach 3 Touren = 18 g Salbe). Für Lues spricht zunächst die beim Blut und Lumbalpunktion positive Wassermannsche Reaktion, die auf antiluetische Kur verschwindet, ferner die Trübung des Punktates mit Magnesiumsulfat und die Lymphocytose. Es weist auch die Chorioiditis, die Lebervergrößerung und vielleicht der Herzbefund auf Lues hin. Für Hydrocephalus spricht außer der bestehenden Schädelvergrößerung der hohe Druck der Lumbalflüssigkeit, der sich selbst nach Ablassen von 12—15 ccm noch nicht messen ließ und so groß war, daß der Liquor aus dem Steigrohr heraussprudelte. Daß der Hydrocephalus angeboren ist, läßt sich daraus entnehmen, daß das Kind erst mit 4 Jahren laufen und sprechen lernte und seine geistigen Fähigkeiten überhaupt von vornherein minimal waren. Annahme eines Hydrocephalus congenitus.

2. Fall. 12½ Jahre alt. In der Familie viel Geisteskrankheit. Eine Schwester an Gehirnentzündung, vier Geschwister an „Gehirnschlag" (Meningitis?) gestorben. Ein Bruder ist geistig zurückgeblieben, leidet an Krämpfen. Mit ¾ Jahren ein paarmal Krämpfe. Mit 5 Jahren ca. 5 m tief gefallen; ein paar Stunden bewußtlos gewesen. Oefters von der Schule, manchmal tagelang von Hause und der Schule fortgeblieben. Häufig zu Hause Geld weggenommen, leicht reizbar, aufgeregt. Schädel nirgends druckempfindlich. Hinterhaupt stark vorspringend, desgleichen Tubera parietalia. Stirn niedrig, Maße 19:15½:56. Lichtreflex positiv. Rachenreflex schwach. Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft. Motorische Muskelerregbarkeit lebhaft. Kniephänomen lebhaft, Achillessehnenreflex lebhaft. Geringe Atrophie der Aderhaut. Von der Papille bis weit über die Macula hinüber typischer Pfeffer- und

Salzhintergrund. In der Macula selbst zahllose feinste schwarze Stippchen. Farbe des Augenhintergrundes ist sehr pigmentarm, fast albinotisch. Lumbalpunktion ergibt einen Druck von 250 mm. Im Liquor wenig Blut; keine Trübung mit Magnesium- und Ammoniumsulfat, ganz leichte Lymphocytose. Bei Entlassung im Blut und Liquor Wassermannsche Reaktion negativ. (Schmierkur abgeschlossen, 3 g pro die.) Daß als ursächliches Moment Lues in Frage kommt, ergibt sich aus dem Verschwinden der Wassermannschen Reaktion im Blut und Liquor nach einer antiluetischen Behandlung und aus dem reichen ophthalmoskopischen Befund. F.

Dr. **Johannes Schürer** (Heidelberg): **Ueber septische Rheumatoide.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. berichtet aus der Heidelberger medizinischen Klinik über 3 Fälle von schwerer langdauernder Polyarthritis, welche ihren Ausgang von Tonsillenerkrankungen genommen hatten und bei denen aus dem Blut der Streptococcus viridans, der Erreger der Endokarditis lenta, gezüchtet wurde. Das ganze Krankheitsbild bei den 3 Patienten unterschied sich in keinem wesentlichen Punkte von dem einer schweren Polyarthritis rheumatica, nur verhielten sich die drei Kranken gegenüber Salicylsäure völlig refraktär. Nur der dritte Patient wurde mit einer ausgesprochenen Stenose und Insuffizienz der Mitralis entlassen; die beiden anderen Kranken wurden ohne nachweisbare Residuen am Herzen in gebessertem resp. geheiltem Zustande entlassen. Therapeutisch erwies sich Antipyrin resp. Melubrin wirksamer auf die Gelenkschmerzen und auf das Fieber als Salicylsäure, ohne aber einen entscheidenden Einfluß auszuüben. Auch die Serumtherapie wurde versucht. Es wurde mittels der aus dem Blute der einen Patientin gezüchteten Kolonien ein Pferde-Immunserum gegen den Streptoc. viridans hergestellt. Aber gerade bei dieser Patientin war das Serum ohne Wirkung. In dem zweiten Falle trat in den Tagen nach der Einspritzung des Serums allmählich eine Besserung ein, ohne daß es sich mit Sicherheit behaupten ließe, daß diese Besserung auf das Serum zurückzuführen war. Dagegen schien die Entfernung der Tonsillen, welche nach dem zweifelhaften Ergebnis der sonstigen Therapie bei den drei Kranken vorgenommen wurde, von guter Wirkung auf den Krankheitsverlauf zu sein. Bei der einen Patientin fand sich dabei ein ziemlich großer Absceß in einer Tonsille, der vor der Exstirpation nicht erkannt worden war. R. L.

Gynäkologie.

Leopold Martin: Operative Behandlung und Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose. (Dissertation, Berlin 1912.)

In der Jenaer Frauenklinik sind in den Jahren 1905 bis 1909 27 Fälle operiert worden, bei denen die Tuberkulose den Anlaß zur Operation gab. Verf. hat diese Fälle zusammengestellt und die Patientinnen, soweit sie noch lebten und überhaupt aufzufinden waren, nachuntersucht. Vierzehn Laparotomien wegen Peritonealtuberkulose. Es sind von den 14 Fällen 5 kurz nach der Operation oder später verstorben. Allerdings ließ sich nicht in jedem Falle mit Sicherheit feststellen, ob der Tod bei ihnen durch dasselbe Leiden veranlaßt wurde, das die Indikation zur Operation gab. Es sind aber durchweg Fälle, bei denen es sich nicht nur um eine tuberkulöse Peritonitis handelte, sondern überall war noch weitgehende Tuberkulose des Darmes oder anderer Organe vorhanden. In zwei Fällen war der Verlauf nicht festzustellen. Doch hat die eine Patientin noch zwei Jahre nach der Operation nachweislich gelebt und ist dann verzogen. Im anderen Falle handelte es sich um eine Landarbeiterin, deren Spur nicht mehr aufzufinden. Bei den übrigen 7 Fällen war der Erfolg durchweg gut; es handelte sich bei ihnen meist um die exsudative Form der tuberkulösen Peritonitis, die erfahrungsgemäß durch die Operation günstig beeinflußt wird. — Tuberkulose der Uterusschleimhaut. Der ganze Zustand der Patientin wurde durch die Operation günstig beeinflußt. — Cystitis tuberculosa. Der eine von zwei operierten Fällen von Blasentuberkulose ist ungünstig verlaufen. Es handelt sich dabei um einen schon ziemlich fortgeschrittenen und komplizierten Fall bei einer bereits 63 Jahre alten Patientin, die einer Peritonitis erlag. Im anderen Falle ist nachweislich Heilung eingetreten. — Nieren- und Blasentuberkulose (1 Fall). Zwei Fälle von Tuberkulose der Niere. Bei den drei Fällen handelte es sich um einen reinen Fall von Nierentuberkulose. Durch Exstirpation der erkrankten Niere wurde ein guter Erfolg erzielt. Ebenfalls ein einwandfreier Erfolg wurde durch die Operation in dem Falle erzielt, wo ein deszendierender Prozeß, von der linken Niere ausgehend, vorlag. Die Patientin, die seit einem Jahre bettlägerig war, hat seit der Operation 13,25 kg an Gewicht zugenommen und kann ihren Beruf (Näherin) wieder vollständig ausführen. Im dritten Falle handelt es sich zweifellos um Tuberkulose beider Nieren. Hier wurde die am meisten erkrankte Niere entfernt und dadurch bedeutende Besserung des Leidens bewirkt. — Sieben Fälle von Graviditätsunterbrechung wegen Lungentuberkulose. Die Resultate der vorgenommenen Graviditätsunterbrechung wegen Tuberkulose der Lungen sind schlecht. Der Verlauf der Tuberkulose scheint nur in einem Falle günstig beeinflußt zu sein, und zwar handelt es sich um eine Patientin, deren Krankheit sich noch im Frühstadium befand, während die anderen sechs an vorgeschrittener Lungentuberkulose litten. Der Krankheitsverlauf wurde bei ihnen zum Teil vorübergehend günstig beeinflußt, jedoch nicht so, daß sie nicht später doch ihrem Leiden erlegen wären. Verf. glaubt daraus schließen zu dürfen, daß die Schwangerschaftsunterbrechung bei bestehender Lungentuberkulose auf diese nur dann günstig einwirken kann, wenn es sich um eine Erkrankung ganz im Frühstadium handelt. In jüngster Zeit hat man bei der Graviditätsunterbrechung wegen Lungentuberkulose gleichzeitig Uterus und Adnexe entfernt und hofft durch den danach veranlaßten Fettansatz die Tuberkulose günstig zu beeinflussen. Ob dies tatsächlich der Fall ist, müßten andere Statistiken beweisen. F.

Chirurgie.

Wilhelm Schaack: Die Schädelfrakturen und ihre Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der primären Schädelplastik [Reimplantation]. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 3.)

530 Schädelfrakturen aus den Jahren 1900—1910, die im Obuchow-Krankenhause zu Petersburg zur Beobachtung kamen, werden berücksichtigt und kritisch bewertet. Unter dem an Frakturen reichen Material dieses Krankenhauses kommen auf Schädelfrakturen 9,7 pCt. Die 166 Basisfrakturen boten diagnostisch nichts Besonderes; für die Therapie kommt für die meisten Fälle nach wie vor nur die abwartende Konservativbehandlung in Frage. Im Gegensatz dazu gestaltet sich die Therapie der Konvexitätsfrakturen immer aktiver und auch erfolgreicher. Bezüglich der komplizierten Splitterbrüche ist die Diskussion zugunsten der primären Trepanation geschlossen; anders dagegen in der Frage, wann die Deckung der Schädeldefekte vorgenommen werden soll. Sch., ein früherer Schüler Lexers, hat sich in einer weiter zurückliegenden Arbeit für die sekundäre Schädelplastik ausgesprochen. Heute steht er mit anderen auf dem Standpunkt, daß die primäre Schädelplastik und die Reimplantation der Knochenstücke in geeigneten Fällen gute Erfolge zeitigt; Sch. hat diese Methode in 18 Fällen angewandt, von denen 15 genasen. Kontraindiziert ist der primäre Verschluß bei unbekannter Entstehung, bei sehr verschmutzter Wunde und bei unsachgemäßer Vorbehandlung. Wegen der radikalen und schnellen Heilung kann dies Verfahren als Methode der Wahl bezeichnet werden.

Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Alfred Mendler** (Ulm): **Bericht über einen Fall von operativ geheilter spondylitischer Kompressionsmyelitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Lähmungserscheinungen bei tuberkulöser Wirbelentzündung entstehen entweder durch Druck der winklig abgeknickten Wirbelsäule auf das Rückenmark, oder durch direktes Uebergreifen des tuberkulösen Entzündungsprozesses auf die Rückenmarkshäute, oder infolge Raumbeengung im Wirbelkanal durch einen tuberkulösen Absceß. Endlich kann auch ein aus dem Wirbel ausgestoßener Knochensequester, welcher in den Wirbelkanal gelangt, zu Lähmungserscheinungen führen. Verf. hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten und durch Operation zur Heilung zu bringen. Es handelte sich um ein 12 jähriges Mädchen, bei welchem eine sehr starke spastische Lähmung beider Beine und eine bis zur Brustwarzenhöhe reichende Aufhebung bezw. sehr starke Herabsetzung der Haut für alle Reizqualitäten seit einiger Zeit aufgetreten war. Ein Gibbus war nicht vorhanden, dagegen war der obere Abschnitt der Brustwirbelsäule druckempfindlich. Im 4. Brustwirbel wurde durch Röntgenaufnahme ein zentral gelegener Sequester festgestellt. Zunächst wurde ein Gipsverband angelegt, dann aber bald wieder entfernt; das Kind wurde aus der Behandlung genommen und von dem Vater zur Kur nach Wörishofen gebracht, natürlich ohne Erfolg. Die Lähmungserscheinungen nahmen immer mehr zu. Nachdem die Patientin von verschiedenen Seiten ohne Erfolg behandelt worden war, trat sie wieder, 1½ Jahre nach Eintritt der Lähmung, in Verfassers Behandlung. Die Kontrakturen an den unteren Extremitäten hatten den höchsten Grad erreicht, außerdem bestand vollständige Blasen- und Mastdarmlähmung, die Sensibilität war bis zur Höhe der Brustwarzen total erloschen. Verf. eröffnete nun den Rückenmarkskanal im Bereiche der Brustwirbelsäule, wobei sich zeigte, daß zwischen dem 2. und 6. Brustwirbel an Stelle des epiduralen Fettgewebes sich eine mit den seitlichen Teilen der Wirbelbögen verwachsene knochenharte Masse befand; das Rückenmark darunter war stark verdünnt. Zweimal gelang es wegen starker Blutungen nicht, dies Knochenstück zu entfernen. Erst bei einer dritten Operation gelang es, mit der Zange ein 3 cm langes Knochenstück ohne Verletzung der Dura und des Rückenmarks zu entfernen. Die

Wunde wurde tamponiert und heilte per granulationem. Nach 3 Wochen wurden die Kontrakturen der unteren Extremitäten durch offene Durchschneidung der Kniegelenkweichteile, plastische Verlängerung der Achillessehnen etc. beseitigt. Allmählich gingen dann die Lähmungserscheinungen zurück; schon ½ Jahr nach der Operation war die Heilung vollständig. R. L.

Hans Levit: Deckung von Trachealdefekten durch eine freie Plastik aus der Fascia lata femoris. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 3.)

6 Methoden zur Deckung von Trachealdefekten werden aufgezählt, unter denen besonders die hetero-plastische Methode von Witzel in neuester Zeit gute Erfolge gezeitigt hat. Ermutigt durch die erfolgreichen Versuche mit der freien Fascien-Transplantation, deckte L. einen großen Trachealdefekt, den er vorher vergeblich durch Lappenplastik zu schließen versucht hatte, mit einem der Fascia lata femoris entnommenen Fascienstück. Die Plastik hielt vollkommen, die Atembewegungen wurden von dem eingeheilten Stück nicht mitgemacht. Wegen der Einfachheit der Methode glaubt L., daß sie die übrigen bald ersetzen sollte.

Tokuo Suzuki: Ueber experimentelle Erzeugung der Magengeschwüre. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 3.)

Dieser überaus fleißigen Arbeit liegen 82 vom Verf. im pathologischen Institut des städtischen Krankenhauses am Urban ausgeführte Tierversuche zugrunde, welche zu dem Ergebnis geführt haben, daß durch Injektion von Silbernitratlösung, Adrenalin, Formalinlösung und von verdünnter Nikotinlösung in die Magenwand bei Hunden experimentell Geschwüre der Magenschleimhaut erzeugt werden können, welche zwar anfänglich dem runden Magengeschwür des Menschen aufs Täuschendste ähnlich sind, jedoch die Tendenz zeigen, nach kürzerer oder längerer Zeit sich zu überhäuten und zu vernarben. Sie stellen somit, streng genommen, kein echtes rundes Magengeschwür dar. Durch subkutane Pyrodininjektion läßt sich bei Hunden eine künstliche Anämie erzeugen. Ein Einfluß dieser Anämie auf die experimentell erzeugten Geschwüre im Sinne einer Verzögerung der Vernarbung ist bisher nicht sicher erwiesen. Es muß also außer den lokalen Ursachen noch ein anderes und bisher noch unbekanntes Moment geben, welches die Heilung des einmal entstandenen Geschwürs verhindert.

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung der höchst umfangreichen einschlägigen Literatur in chronologischer Anordnung.

S. F. Dejrushinski: Ueber die chirurgische Behandlung der mit Erweiterung einhergehenden Ptosis des Magens. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 98, H. 3.)

Der Magen ist ein Organ, dessen physiologische Funktion nur bei Erhaltung der Bedingungen einer normalen Kontraktion seiner Muskulatur und bei Vorhandensein von natürlichen Verbindungen für die Akkommodation des Magens an die veränderlichen Druckverhältnisse in der Bauchhöhle vor sich gehen kann. Der Pylorus kann als komplizierter Apparat mit eigenem Zentrum nicht angesehen werden. Er ist einfach aus den zirkulären Muskeln des Magens gebildet und reagiert auf die Reflexe von seiten des Magens sowohl als auch von seiten des Duodenums bald mit Oeffnung, bald mit Schließung der Magenöffnung. Eher kann man den Pylorus und das Antrum pyloricum als Anfangsteil des Darmes betrachten, wo die vorbereitende Neutralisierung des Magensaftes stattfindet, die für die digestive Tätigkeit des Pankreassaftes und der Galle erforderlich ist. Durch Beobachtungen an operierten Kranken ist festgestellt, daß der Magen nach der Entfernung des Pylorus und sogar des ganzen Antrum pyloricum imstande ist, die Speisemassen zu retinieren, so daß der Prozeß der Magenverdauung unter diesen Verhältnissen möglich ist. Es gibt eine Gruppe von solchen Fällen von Magenptose, wo dieselbe mit fortschreitender atonischer Magendilatation kombiniert ist, wo weder Regime noch Therapie die Stauung der Speise im Magen mit den Erscheinungen von Intoxikation des Organismus beseitigen können, und wo sich das von Rovsing so deutlich beschriebene Bild von Kachexie entwickeln kann. Hier müssen wir an eine Undurchgängigkeit des Pylorus organischer, mechanischer oder funktioneller Natur denken. Durch Experimente an Tieren und Beobachtungen an Kranken ist festgestellt, daß selbst flüssige Nahrung sich hauptsächlich durch die Anastomose nur dann entleert, wenn der Pylorus organisch, mechanisch oder funktionell (spastisch) verengt ist. Die Anastomose entstellt wesentlich die Bedingungen für die Ausscheidung des Pankreassaftes und der Galle. Chirurgische Intervention zur Behandlung der Magenptosis nebst atonischer Erweiterung des Organs ist nur in denjenigen Fällen angezeigt, in denen Regime und Therapie sich als machtlos gezeigt haben. Jede chirurgische Methode, durch welche die Beweglichkeit des Magens beeinträchtigt oder seine Muskulatur mißgestaltet wird, dürfte kaum auf einen dauernden Erfolg hoffen lassen. Eine ideale chirurgische Behandlungsmethode für Magenptose mit atonischer Erweiterung des Organs würde diejenige sein, die die Beweglichkeit des Magens erhalten und die beeinträchtigte freie Bewegung der Speise dermaßen wiederherstellen würde, daß sie der physiologischen am nächsten steht. Diese Postulate lassen sich durch die Resektion des Pylorus verwirklichen. Kocher hat eine Methode angegeben, mit deren Hilfe man die Pars descendenz und horizontalis des Duodenums beweglich machen kann, wodurch die Schwierigkeit und die Gefahr der Resektion des Pylorus beseitigt werden. Wenn wir anerkennen, daß bei Magenptosen nebst atonischer Erweiterung des Organs die Ursache des Uebels in Undurchgängigkeit des Pylorus liegt, so muß der Chirurg das Hindernis für die Passage der Speisen durch Resektion des Pylorus beseitigen und nicht auf Umwegen gehen, d. h. eine Anastomose behufs Beseitigung des Spasmus des Pylorus anlegen. In denjenigen Fällen, in denen die Resektion des Pylorus unmöglich und für den Patienten lebensgefährlich ist (bei ausgedehnten Verwachsungen mit der Leber und mit dem Pankreas) und man notgedrungen eine Anastomose anlegen muß, soll man diese letztere immerhin nicht am Fundus ventriculi, sondern in der Nähe der Pars pylorica ventriculi anlegen. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **F. Suter** (Basel): **Ueber die Dauerresultate von 60 Nephrektomien wegen Nierentuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen bei der chirurgischen Therapie der Nierentuberkulose. Einleitend erwähnt er kurz die für die Diagnose der Nierentuberkulose uns zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (Cystoskopie, Ureterenkatheterismus, Harnseparatoren usw.) und betont, daß der Erfolg der Therapie der Nierentuberkulose durch die Genauigkeit der Diagnosenstellung bedingt ist. Von den 60 Patienten, bei denen die Nephrektomie gemacht wurde, starb einer 24 Stunden nach der Operation an Herzschwäche, die übrigen überstanden die Operation. 2—4 Jahre nach der Operation starben 4 Kranke, und zwar an Phthisis pulmonum, Miliartuberkulose, Puerperalfieber, Urämie. Von den 55 übrigen Operierten sind 5 erst innerhalb des letzten halben Jahres operiert. Von den 50 anderen sind 28 vollständig geheilt, 17 wesentlich gebessert. Von diesen 17 haben klaren Urin, aber noch Blasenbeschwerden (Narben) 5; 1 Patient hat noch eine Fistel, 11 haben noch Cystitis. Wenig oder vorübergehend gebessert sind 5 Patienten. Für die Prognose ist vor allem der Zustand der Blase ausschlaggebend. Das kommt auch in den Zahlen der Blasenkapazität zum Ausdruck. Bei den Geheilten betrug die Blasenkapazität vor der Operation 270 ccm, bei den wesentlich Gebesserten 150 ccm, für die wenig Gebesserten 130 ccm im Durchschnitt (von letzteren hatte keiner zur Zeit der Operation 400 ccm, die übrigen 4 im Durchschnitt nur 60 ccm). Die Prognose ist aber aus dem Zustand der Blase nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen. Aber im allgemeinen ist bei der Frühoperation, wo nur die Niere krank ist, die Heilungswahrscheinlichkeit viel größer, als bei später Operation, wenn die Blase schon schwere tuberkulöse Veränderungen aufweist, deren Heilung dem Organismus überlassen werden muß. Es kommt also darauf an, daß die Diagnose Nierentuberkulose frühzeitig gestellt wird und daß der Patient dann auch in die Operation einwilligt. Ferner wird die Prognose beeinträchtigt, wenn gleichzeitig Hoden- und Prostatatuberkulose vorliegt. Von den 60 Nephrektomierten waren 27 Männer und 33 Frauen. Nur bei einem Patienten war die Nierentuberkulose mit tuberkulöser Affektion der Genitalorgane kombiniert. Von den 27 Männern bestand dagegen bei 16 Tuberkulose der Geschlechtsorgane; in 6 Fällen trat sie allerdings erst nach der Nephrektomie zutage. Demgemäß ist das Ergebnis der Nephrektomie bei den Frauen besser als bei den Männern; unter den Geheilten befanden sich 18 Frauen und nur 10 Männer. Was die pathologischen Befunde an den exstirpierten Nieren anlangt, so übertreffen die kavernösen Formen mit größeren käsigen Infiltraten in der Rinde und deren Folgenzuständen diejenigen Formen an Häufigkeit, die in den Papillen beginnen und zur Zerstörung derselben führen. In 16 Fällen war die Niere total zerstört, bald ganz in eine Käsemasse verwandelt, bald ganz von Kavernen durchsetzt; von diesen 16 Fällen wurden 8 völlig geheilt. — Verf. berührt noch kurz die Frage der Spontanheilung der Nierentuberkulose (Autonephrektomie); diese kommt zwar vor, die Patienten gehen aber meist später an Tuberkulose anderer Organe zugrunde. Was die nichtoperative Therapie der Nierentuberkulose anlangt, so gibt die Röntgenbehandlung nach Bircher gute Resultate; jedoch empfiehlt letzterer sie nur für doppelseitige Fälle und für die Blasentuberkulose nach der Nephrektomie. — Mit der Tuberkulinbehandlung hat Verf. keine guten Resultate gehabt. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. med. **Paul Korb**, Arzt der Inneren Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses „Bethanien“ in Liegnitz: **Eine neue Modifikation der Tuberkulinbehandlung.** (Zeitschrift für Tuberkulose, 1912, No. 4.)

Der allgemeine Eindruck über die therapeutischen Erfolge, die mit den verschiedenen Tuberkulinpräparaten bisher

erzielt worden sind, ist der, daß jedem einzelnen derselben neben wirksamen Eigenschaften auch giftige, den Organismus schädigende innewohnen. Noch keines der zahlreichen, fast Jahr für Jahr neu auftauchenden in- und ausländischen Präparate hat jedoch eine überragende Stellung, sowie dauernde und allgemeine Anerkennung sich zu verschaffen vermocht. Bei sämtlichen sind die Versager noch in einem so hohen Prozentsatz vorhanden, daß eine allgemeine Verbreitung nicht erzielt werden konnte.

Die Calciumtherapie, welche besonders in jüngster Zeit wegen ihrer deutlichen Einwirkung berechtigtes Aufsehen erregt und eine ganze Reihe von Autoren veranlaßt hat, die interessanten Versuche nachzuprüfen, soll einen integrierenden Bestandteil der spezifischen Behandlung bei Infektionskrankheiten bilden. Der von Hamburger und Hekma hierbei gegebenen Anregung konnte bisher bei der Lungentuberkulose nicht entsprochen werden, da es an einer geeigneten Calciumverbindung mangelte, die sich zu therapeutischen Zwecken geeignet hätte. Erst mit der Darstellung einer löslichen Calciumverbindung, dem Sanocalcin (Calcium glycerolacto-phosphoricum) und der Möglichkeit, es mit einzelnen Heilseris zu verbinden, ist die Aussicht vorhanden, die Absichten obiger Autoren zu verwirklichen. Die Firma Goedecke & Co., Leipzig, bringt nach den Anregungen von Sticker (Berlin) ein Sanocalcin-Tuberkulinpräparat in den Verkehr, welches diese Calciumverbindung gelöst enthält (außerdem eine Anzahl von Seris mit Suspensionen von Sanocalcin). Die Vereinigung gewährt eine neue Modifikation der Tuberkulinbehandlung.

Das neue Mittel kommt in sterilen Ampullen als 1 proz. Lösung zur Abgabe. Jede Ampulle enthält 0,01 Calc. glycerolacto-phosphoric. mit 0,005 Tuberkulin. Verf. hat seit etwa einem Jahre Versuche mit diesem Sanocalcin-Tuberkulin bei den verschiedensten Formen und Graden der Lungentuberkulose auf der inneren Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses „Bethanien" in Liegnitz angestellt und sehr günstige Resultate erzielt.

Was die Dosierung anlangt, so wurde bei allen Patienten mit einer Anfangsdosis von 0,00005—0,0001 begonnen. Zu diesem Zwecke wurde der Inhalt einer Ampulle (1 ccm) mit 10 ccm Kochsalzlösung (0,85 proz.) verdünnt und hiervon 1 resp. 2 Teilstriche verwendet. Bei jeder neuen Injektion wurde die Dosis um das Doppelte gesteigert, zuletzt auf 0,01 und höher. Die Injektionen wurden in Abständen von 2 oder 3 Tagen vorgenommen, teils in die Rückenmuskulatur zwischen den Schulterblättern, teils in die Ober- resp. Unterschenkel, vereinzelt auch in die Oberarme. Selbstverständlich wurden dabei alle Kautelen der Asepsis streng beobachtet. Alle Patienten waren längere Zeit in Behandlung, meist mehrere Monate. Aus den genau beschriebenen Fällen geht hervor, daß die Kombination des neuen Calciumpräparates Sanocalcin mit Tuberkulin sich durchaus bewährt hat. Während bei der früher gebräuchlichen Anwendung des Alttuberkulins die Temperaturen in einzelnen Fällen oft nicht unwesentlich gesteigert wurden, konnte beim Gebrauch des Sanocalcin-Tuberkulin nicht nur keine, wenn auch noch so geringe, Temperaturerhöhung beobachtet werden, sondern die vor dem Beginn der Kur bestehenden Temperaturen wurden vielfach direkt herabgesetzt. H.

Dr. **M. Eisenbach** (Tübingen): **Ueber Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. berichtet über die in der Tübinger Universitätsfrauenklinik mit Hypophysenextrakt erzielten Erfolge. Benutzt wurde ausschließlich das von der Firma Hoffmann-La Roche in den Handel gebrachte Pituglandol. Es wurde gewöhnlich in der Dosis 1—2 ccm pro dosi intramuskulär verabreicht. Seine Beobachtungen faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen: Das Hypophysenextrakt ist zwar kein absolut zuverlässiges und sicherwirkendes Wehenmittel, aber es ist das beste zurzeit existierende Mittel zur Anregung der Wehentätigkeit. Es vermag bei richtiger Auswahl der Fälle und richtiger Dosierung fast alle Fälle von Wehenschwäche günstig zu beeinflussen. Durch seine Anwendung lassen sich in geeigneten Fällen manche Eingriffe, wie Zange, Metreuryse vermeiden. Die Einleitung des Aborts durch Hypophysenextrakt gelingt nicht. Besonders zu empfehlen ist nach Verf. das Mittel zur Behandlung von atonischen Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Schädliche Nebenwirkungen kommen bei zweckmäßiger Dosierung nicht zur Beobachtung. In einem Falle von Placenta praevia lateralis und Schädellage wurde durch künstlichen Blasensprung und gleichzeitige Injektion von 2 ccm Pituglandol eine rasche Beendigung der Geburt (in ¾ Stunden) mit lebensfrischem Kind erzielt.

Dr. **Paul Junghans** (Berlin-Neukölln): **Ein Beitrag zur Behandlung des Gelenkrheumatismus.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. hat als Arzt der inneren Abteilung des Augusta-Hospitals in 45 Fällen versucht, eine salicylfreie Therapie des Gelenkrheumatismus durchzuführen. Zunächst wurden die befallenen Gelenke mittels Schienenverband immobilisiert; vielfach wurden sie mit Ichthyol bestrichen und mit dicken Wattelagen umpackt. In 21 Fällen heilte auf diese Weise der Gelenkrheumatismus ab. Auch lokale Wärmeprozeduren und Biersche Stauung leisteten in einigen Fällen gute Dienste. In einem Falle versuchte Verf. das Menzersche Serum. Es wurde auch Besserung erzielt, jedoch trat nach 2 Wochen ein Rezidiv auf, das erst unter Collargolbehandlung abheilte. Die Collargoltherapie wandte Verf. in 24 Fällen von schwerem Gelenkrheumatismus an; sie gab die besten Erfolge. Sie wurde schon früher von Riebold, Plehn und Witthauer empfohlen. Verf. wandte das Collargol (Heyden) entweder intravenös oder per Klysma an, nur ausnahmsweise intramuskulär oder subkutan. In annähernd der Hälfte der Fälle folgt auf eine intravenöse Collargolinjektion eine sehr charakteristische Reaktion, bestehend in Schüttelfrost, Temperaturanstieg und Störung des Allgemeinbefindens 1½ bis 2 Stunden nach der Injektion. Man gibt intravenös 2 ccm einer 5 proz. Lösung, subkutan 5 ccm einer 1 proz. Lösung. — Intravenös darf man das Collargol nach Verf. nur in denjenigen Fällen anwenden, in denen das Herz intakt ist oder wenigstens keine erheblichen Veränderungen aufweist. Auch ist die intravenöse Therapie auf das Krankenhaus beschränkt. Viel weniger eingreifend ist die rektale Applikation. Hiernach tritt keine besondere Temperaturerhöhung auf; die Patienten haben ein behagliches Wärmegefühl und werden rasch von ihren Schmerzen befreit. Man läßt von einer 5 proz. Collargollösung morgens und abends je 50 ccm langsam unter geringem Druck in den Mastdarm einlaufen. Vorher muß man den Mastdarm durch Wasserklysmen von den Fäces, dann aber auch durch Nachspülen mit 1 proz. Sodalösung von dem der Wandung anhaftenden Schleim befreien. Sowohl mit der intravenösen wie mit der rektalen Anwendung des Collargols wurde meist ein rascher und endgültiger Heilerfolge erzielt. Nicht selten handelte es sich um Fälle, die jeder anderen Therapie getrotzt hatten. Die rektale Applikation stand in ihren Erfolgen der intravenösen nicht nach; sie eignet sich mehr für die Privatpraxis. R. L.

Chefarzt Dr. **Viktor Klimek** (Bad Darkau): **Ueber innere Behandlung des Trippers.** (Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1912, No. 22.)

Seitdem Neisser nachgewiesen, daß die Gonorrhoe eine bacilläre Erkrankung ist, zielt alles therapeutische Denken dahin, den Kampf gegen den Gonococcus, den Erreger dieser Krankheit, wirksam und erfolgreich aufzunehmen. Alle Therapie hat den Endzweck, die Gonokokken zu töten, dabei die Entzündung gar nicht oder doch nur in möglichst beschränktem Maße zu steigern und die Schleimhaut selbst nicht zu verletzen. Die wesentlichste Aufgabe des Arztes ist also, diejenigen Methoden anzuwenden, die tunlichst rasch die Gonokokken zum Schwinden bringen. Während Salol und die Hexamethylenderivate Urotropin, Hetralin und Helmitol reine Harndesinficientien sind, hat sich Arhovin (Goedecke & Co., Leipzig) auch bei der Lokalbehandlung der Gonorrhoe als brauchbar erwiesen und eine antiseptische Kraft bei interner Darreichung gezeigt. Klimek verwandte das Arhovin hauptsächlich innerlich bei Gonorrhoea chronica, Cystitis acuta et chronica in Kapseln à 0,25 g. In Fällen, wo vorher trüber Urin entleert wurde, hellte er sich nach Arhovingebrauch auf. Die alkalische Reaktion eines solchen trüben Harns verschwindet nach Arhovingebrauch bald und macht einer sauren Reaktion Platz; bei sauren Harnen ist die Acidität entweder unverändert oder erhöht, so daß die das Bakterienwachstum fördernde ammoniakalische Gärung gar nicht eintreten kann. Welche Bedeutung dem Säuregehalt des Urins zukommt, hat Finger treffend ausgedrückt, indem er geradezu die Acidität des Harnes bei Urethritis posterior „das beste Prophylakticum gegen die Fortsetzung des Entzündungsprozesses auf die Blase" nennt. Von seiten des Digestionstraktus und der Niere sind selbst bei längerer Darreichung des Arhovins keinerlei üble Nebenerscheinungen beobachtet worden, während bei Balsamicis so manche unangenehme oder gar schädliche Nebenwirkung in die Erscheinung trat. Bei Cystitis und Pyelitis liegen ebenfalls günstige Erfahrungen mit Arhovin vor. Das Arhovin verdient wegen seiner hier besprochenen Vorteile den Vorzug vor den anderen Mitteln bei der internen Gonorrhoebehandlung. H.

Physikalische Therapie.

Privatdozent Dr. **H. v. Baeyer** (München): **Lokale Wärmebehandlung durch Dampf.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. hat neuerdings die lokale Heißluftbehandlung in der Therapie der Unfallverletzungen und Gelenkerkrankungen durch Behandlung mit heißem Wasserdampf ersetzt, weil bei der Behandlung mit heißer Luft leicht Verbrennungen der Haut entstehen und die Methode bei unvorsichtiger Handhabung auch nicht ohne Feuersgefahr ist. Diese Uebelstände fallen bei der Anwendung des heißen Dampfes fort. Verf. hat zwecks der lokalen Anwendung des Dampfes Kästen konstruiert. Jeder Kasten besteht aus einem weiten Rohr, dessen oberer Teil auf-

geklappt werden kann. An den Enden des Rohres lassen sich verschiedene Ansatzstücke einsetzen, je nach dem Körperteil, der behandelt werden soll (auch für die Schulter und das Hüftgelenk). Der Dampf wird in einiger Entfernung vom Kasten in einem kleinen Kessel entwickelt, strömt von unten her in den Kasten ein und wird noch durch einen Luffaschwamm, den er passieren muß, fein verteilt. Die Temperatur im Kasten läßt sich durch einen Hahn, mittels dessen man den Dampf abstellen kann, regulieren. Vergleichende Versuche ergaben, daß in diesen Dampfkästen die Haut der behandelten Extremität in gleicher Weise erwärmt wird wie durch die Heißluftkästen. Die Erfolge bei der Dampfbehandlung waren durchaus zufriedenstellend; es ergab sich kein Nachteil gegenüber der Behandlung mit heißer Luft. Die Patienten gaben sogar dem Dampf in fast allen Fällen den Vorzug. Die Erfahrung, daß schwer bewegliche und schmerzhafte Gelenke bei der Dampfbehandlung geschmeidiger und weniger empfindlich wurden, führte dazu, die medikomechanische Uebungstherapie mit dem Dampfkasten zu kombinieren. Es wurde ein Dampfkasten für den Universalfußpendelapparat des Medizinischen Warenhauses in Berlin gebaut. In diesem kombinierten Apparat lassen sich passive Bewegungen des Fuß- und auch des Handgelenks bei gleichzeitiger Einwirkung des Dampfes ausführen.

Dr. **Wilhelm Pettenkofer** (München): **Zur Behandlung der postoperativen Darmparese resp. -paralyse.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. empfiehlt zur Bekämpfung der im Anschluß an Abdominaloperationen und besonders bei Peritonitis häufig auftretenden Darmlähmung elektrische Darmeinläufe, wie sie schon von französischen Aerzten angewendet worden sein sollen. Das Prinzip der Methode besteht darin, daß ein faradischer oder kombinierter Strom einerseits durch das mit Mandrin (Metallspirale) und mit zahlreichen seitlichen Oeffnungen versehene Darmrohr, welches außerdem mittels Irrigator mit kochsalzhaltigem Wasser gefüllt ist, direkt auf die Darmschleimhaut wirkt, während die andere Elektrode, bestehend in einer großen, mit Filz überzogenen angefeuchteten Massagekugel auf den Bauch zu liegen kommt. Nachdem das Niveau der Flüssigkeit im Irrigator konstant geworden ist, schließt man den Strom und läßt ihn langsam anschwellen. Man steigt zunächst bis 50 Milliampère und geht dann auf Null zurück, wendet den Strom, steigt dann wieder auf 50 Milliampère und geht allmählich auf Null zurück. In günstigen Fällen treten meist nach 5—10 Minuten Einwirkung des elektrischen Stromes Darmkontraktionen auf; die Patienten bekommen das Gefühl von Darmbewegungen, von Stuhldrang; manchmal wird der Schlauch infolgedessen ziemlich vehement herausgepreßt. Länger als 15 Minuten läßt Verf. den Strom nicht einwirken. Bei den schweren Fällen, in denen Verf. die Methode bisher angewendet hat, sah er niemals unmittelbar darnach Stuhlentleerung eintreten; nach 2 bis 3 Stunden dagegen ist meist Stuhl zu erwarten, wenn der elektrische Einlauf Erfolg hat. Man kann den elektrischen Einlauf mit Physostigmin kombinieren, und zwar gibt man je ½ mg in halbstündigen Intervallen und 2 Stunden vor dem Einlauf. Verf. hat das Verfahren in mehreren Fällen bei Peritonitis nach Appendicitis mit vollständigem Erfolg angewendet. — Bevor man die Methode anwendet, muß man sich davon überzeugen, daß kein mechanischer Ileus vorliegt. R. L.

Kombinierte Therapie.

Prof. **Alexander Strubell** (Dresden): **Die Therapie der Arteriosklerose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Bei der Behandlung der Arteriosklerose muß man nach Verf. das Stadium der Krankheit berücksichtigen, in welchem der Patient sich befindet. Verf. unterscheidet folgende Stadien: 1. Stadium der Pseudangiosklerose: nur hin und wieder Blutdrucksteigerungen, keine anatomische Veränderungen, normales Elektrokardiogramm. 2. Dauernde Blutdrucksteigerungen bei vollständiger Suffizienz des Herzmuskels, beginnende Angiosklerose. 3. Dauernd gesteigerter Arteriendruck, Angiosklerose, beginnende Herzhypertrophie, sekundäre Insuffizienz des Herzens. 4. Dauernd erhöhter Arteriendruck, schwächerwerdende oder verschwindende Finalschwankung im Elektrokardiogramm, erhöhte Vorhofszacke, Dyspnoe: beginnendes Uebergreifen des sklerotischen Prozesses auf den Herzmuskel. 5. Beträchtlich erhöhter Arteriendruck, Dilatation der Aorta im Röntgenbild: Angio- und Arteriosklerose, sklerotische Degeneration des Herzens selbst; Aortensklerose. 6. Daran schließt sich das Stadium mit Nierenveränderungen (dauernd Eiweißausscheidung), evtl. Netzhautblutungen, arteriosklerotische Gangrän, Claudicatio intermittens, Apoplexie usw. Die vorbeugende Therapie kommt nur für die ersten Stadien in Frage. Zunächst ist die Plethora abdominis, das Ueberfunktionieren der den vegetativen Organen angehörigen Gefäße, zu bekämpfen. Das geschieht durch genügende Körperübungen bei den Stubenhockern, durch Regelung der Diät bei den Schlemmern, Eiweißüberernährten und Gichtikern; evtl. Behandlung luetischer Symptome, Behandlung auch leichtester Nierenaffektionen, Regelung des Tabak- und Alkoholgenusses, Vermeidung von Gemütsbewegungen, Aerger etc., soweit als möglich. Ferner kommen Nervenberuhigungsmittel und zur Beseitigung der Gefäßspannungen balneotherapeutische Maßnahmen in Frage, in erster Linie das Wechselstrombad, welches Verf. den Kohlensäurebädern vorzieht; letztere sind nach ihm bei ihrer kritiklosen Anwendung nicht unbedenklich. Auch warme Dauerbäder, ferner Massage sind von Nutzen. Alle diese Methoden kommen für die drei ersten obengenannten Stadien in Frage. Von medikamentösen Mitteln sind in erster Linie die Jodpräparate indiziert. Die Jodalkalien, besonders das Jodkalium, welches in einigermaßen starken Dosen ein Herzgift ist, sind für den dauernden Gebrauch nicht zu empfehlen; an ihre Stelle treten die modernen organischen Jodpräparate. Jodival, das allerdings schlecht schmeckt, ist wegen des hohen Jodgehalts bereits in kleinen Dosen sehr wirksam. Ein sehr gutes Präparat ist die Jodglidine von Klopfer; es kann in kleinen Dosen (1—3 Tabletten täglich) dauernd Verwendung finden. Als weiteres therapeutisches Agens der Arteriosklerose sind die Trinkkuren (Marienbad, Kissingen, Homburg v. d. H., Salzschlirf) bewährt. Die Diät ist zu regeln; sie darf nicht zu eiweißreich sein; die Getränkmenge ist zu beschränken. — Was nun die späteren Stadien der Arteriosklerose anlangt, so ist nach Verf. auch in diesen das Wechselstrombad mit Massage als eine den Kreislauf außerordentlich erleichternde, in der Hand zielbewußter Therapeuten sehr erfolgreiche Maßnahme zu bezeichnen. Ferner sind bei diesen Stadien 4—6 nun auch die Herzmittel indiziert. Bei den leichteren Störungen des Herzens verwendet Verf. in erster Linie die Tinctura Strophanthi, und zwar mit recht gutem Erfolg, in Verbindung mit Marienbader Trinkkuren, Massage und Wechselstrombädern. — Ist die Erkrankung schon vorgeschritten, bestehen Dyspnoe, Leberschwellungen, bronchitische Erscheinungen und gar Oedeme, so ist die Digitalis indiziert. Und zwar empfehlen sich vor allem die modernen Präparate, die man intravenös anwenden kann und mit denen man daher sofortige Wirkungen erzielt. Sie verdienen auch deswegen den Vorzug vor dem Digitalisinfus, weil jede Magenreizung fortfällt und weil sie exakt dosierbar sind. Verf. hat speziell die Digitalis-Golacz intravenös mit gutem Erfolge angewendet. — Das Yohimbin, welches neuerdings in der Kombination mit Urethan als Vasotonin bei Arteriosklerose als blutdruckverminderndes Mittel empfohlen wurde, ist nach Verf. hierfür ungeeignet und sogar bedenklich; es wirkt nicht auf die Splanchnicusgefäße, dagegen erweitert es die Gehirngefäße und könnte dadurch sogar Apoplexien hervorrufen. — Zur Verhütung und Bekämpfung von Apoplexien ist dagegen der Aderlaß zu empfehlen. — Zur Bekämpfung der Oedeme kommen ferner die Diuretica in Betracht. — Alkohol und Zigarren glaubt Verf. in sehr mäßigen, den früheren Lebensgewohnheiten des Patienten einigermaßen entsprechenden Mengen erlauben zu dürfen. Der Alkohol regt in kleinen Dosen das Herz an und die Zigarre befördert die Expektoration und wirkt dadurch der Gefahr der Apoplexie entgegen. Im übrigen, meint Verf., soll man den Arteriosklerotikern nicht jede kleinste Lebensfreude nehmen, im Gegenteil soll man nach Möglichkeit versuchen, den Lebensmut und die Stimmung der Patienten zu heben. R. L.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Molineus**, Assistent der chir. Klinik der Akademie f. prakt. Medizin zu Düsseldorf: **Die Amputation bei Gangrän.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, November 1912, Bd. 82, H. 1.)

Entwickelt sich an einer Extremität eine langsam fortschreitende Gangrän, so ist sie der Effekt einer Blutzufuhrinsuffizienz für den befallenen Bezirk, die zumeist bedingt ist durch ein Versagen des peripheren Gefäßsystems infolge hochgradiger Arteriosklerose. Die Frage nun, wo man bei eingetretener Gangrän amputieren soll, ist von den verschiedenen Autoren sehr verschieden beantwortet worden. Während die einen prinzipiell für hohe Amputation sind, vertreten die anderen mehr einen konservativen Standpunkt. Es läßt sich diese Frage jedoch generell gar nicht entscheiden, sondern von Fall zu Fall ist die Größe des notwendigen Eingriffes zu erwägen, zumal, da klinisch ein großer Unterschied besteht zwischen einer trockenen lokalen Gangrän mit wenig Tendenz zum Weiterschreiten und der sogen. feuchten Gangrän mit phlegmonöser Ausbreitung, die in einer großen Anzahl der Fälle zu einer Sepsis mit schweren allgemeinen Erscheinungen führt. Bei Kranken mit einer Gangrän, die unter unseren Augen fortschreitet, wo hohes Fieber, Koma, Delirien usw. vor allem die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes erfordern, nützen Einschnitte und dergleichen an den phlegmonösen Teilen nichts; man muß amputieren, und zwar nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen möglichst hoch zentral, d. h. die Absetzung muß in Geweben vorgenommen werden, deren Lebensfähigkeit eine derartige ist, daß die Wundheilung tunlichst per primam, jedenfalls ohne weitere Gewebsnekrose, erfolgen kann.

Liegen keine schweren Allgemeinerscheinungen vor und handelt es sich um einen mehr lokalen Brand, so ist bei

feuchter Gangrän dieselbe zunächst durch trockene Verbände bezw. durch Puderung ohne jeden Verband in eine trockene zu verwandeln, da dann die Aseptik bei zukünftiger Operation viel leichter durchzuführen ist. Gleichzeitig wird der Kranke durch geeignete Herztherapie möglichst hoch in seinem Allgemeinbefinden gestellt, denn die Herzaktion liegt bei diesen schweren Arteriosklerotikern stets darnieder und bietet die besondere Gefahr, daß bei weiterer Blutdruckabnahme unbedingt weiteres Fortschreiten der Gangrän eintritt. Aber nicht nur allgemein wird durch Herzmittel das Gefäßsystem gekräftigt, sondern auch lokal soll in dem befallenen Glied die Blutzufuhr eine geregeltere werden, und zwar geschieht dies am besten durch Anwendung des Bierschen Heizkastens. Dieser stellt zugleich ein vorzügliches Mittel dar, um bei fehlender Demarkationszone festzustellen, bis zu welcher Höhe gute Blutversorgung durch deutliche reaktive Hyperämie erkennbar ist. Auf diese Weise, die absolut zuverlässig und augenfällig ist — denn die genügend mit Blut versorgte Haut hebt sich durch ihre rosarote Farbe deutlich von der ungenügend versorgten blassen Nachbarschaft ab — ist die schwierige Frage nach der notwendigen Höhe der Amputation beantwortet; denn daß die Prüfung des Pulses in der Poplitea nicht maßgebend sein darf, ergibt sich aus der Tatsache, daß die Collateralen genügen können, oder durch Vaskularisation des Thrombus eine wenn auch nur teilweise Durchgängigkeit des Gefäßes wieder eintreten kann.

Als Narkose soll nur die Aethertropfnarkose in Anwendung kommen, denn sie schädigt die Herztätigkeit nicht. Sobald der Patient schläft bezw. die Empfindungslosigkeit an den Beinen eingetreten ist, wird mit einer elastischen Binde die Extremität zentralwärts umwickelt, und zwar bis zu der Stelle, wo man ebenfalls durch eine elastische Binde die nicht zu stark auszuführende Kompression des Gefäßstammes vornehmen will. (Der Esmarchsche Schlauch darf keine Anwendung finden, da er zu sehr die brüchigen Gefäße gefährdet.) Hierauf wird die Extremität bis zum Operationsgebiet in sterile Tücher eingewickelt und letzteres der Joddesinfektion unterworfen. Bei der nun folgenden Operation kommt es vor allem auf strengste Aseptik und möglichst glatte Schnittführung an, um jegliche Taschenbildung zu vermeiden. Deshalb ist entweder der einzeitige Zirkelschnitt oder unter Umständen Haut-Muskel-Lappenbildung zu wählen. Alle komplizierten Methoden zur Deckung des Knochenstumpfes sind zu verwerfen und würden nur bei der herabgesetzten Blutversorgung zu Mißerfolgen infolge gestörter Wundheilung führen. Deshalb wird die Knochendurchtrennung möglichst hoch vorgenommen. Hierauf folgt hohe Resektion der Nerven und genaueste Blutstillung, wobei die Gefäße wegen ihrer Brüchigkeit nicht isoliert unterbunden, sondern umstochen werden. Ist ein Zusammenziehen der Muskelstümpfe über den Knochen gut möglich, so werden mehrere Nähte durch die Muskeln angelegt, um indirekt die Haut mit über den Knochen zu ziehen und die nun folgenden Hautnähte zu entlasten. Die Drainage erfolgt in ausgiebigster Weise durch Glasdrains, die nicht im Verlaufe der Hautnaht, sondern durch besonders angelegte Knopflöcher neben der Naht eingeführt werden. Der nun folgende Verband besteht zunächst aus einem kleinen Wunddeckverband, der mit durchlöchertem Heftpflaster fixiert wird, und darüber kommt ein größerer loser Aufnahmeverband, bei dessen Anlegung jeglicher Druck peinlichst zu vermeiden ist. Erst während dieser Verband angelegt wird, wird die elastische Binde abgenommen, um die Gefäßversorgung des Stumpfes kontrollieren und eine eventuelle Blutung durch längeren manuellen Druck stillen zu können. In diesen Aufnahmeverband wird ein Extensionsverband gelegt, der bei Unterschenkelamputationen bis zum Oberschenkel und bei Oberschenkelamputationen bis über das Hüftgelenk reicht. Dieser Extensionsverband hat sich in der chirugischen Klinik der Düsseldorfer Akademie überaus praktisch erwiesen, um eine bequeme absolute Ruhelage des Stumpfes zu ermöglichen und den Gebrauch von Sandsäcken oder Schienen überflüssig zu machen, die sonst das Zucken und Fliegen der Glieder verhindern sollen, aber sämtlich leicht durch Druck gefährlich werden. Besonders vorteilhaft wirkt der dauernde Zug nach unten der Tendenz des Weichteilkegels entgegen, sich über die Knochenstümpfe zu retrahierend — denn er ist so angelegt, daß er die Lappen direkt angreift — was besonders in diesen Fällen zu erneuter Gangrän der bedeckenden Haut auf der Unterfläche des Stumpfes Anlaß geben würde. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Januar 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **S. Rosenberg** stellt eine 18jährige Patientin mit Basedowscher Krankheit vor, die er, nachdem sie bereits vor 2 Jahren in einem öffentlichen Krankenhause erfolglos mit halbseitiger Thyreoidektomie behandelt worden war, mit Injektionen von **Epithelkörperpräparaten** behandelt hat. Der Gedankengang, der ihn dabei leitete, beruhte auf den durch die neueren klinischen und physiologischen Forschungen festgestellten Tatsachen, daß die Basedowsche Krankheit in einer Ueberfunktion der Schilddrüse ihre Ursache hat und daß die Nebenschilddrüsen (Epithelkörperchen) der Thyreoidea gegenüber physiologisch die Rolle von Antagonisten spielen. Das Injektionspräparat wurde von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. in Basel und Grenzach aus Schweinedrüsen hergestellt und ihm der Name „**Paraglandol** Roche" gegeben. Die Kranke erhielt zwei Injektionsserien von 12 bezw. 20 Einspritzungen in die Arme (täglich eine), die durch eine 10 tägige Pause unterbrochen waren. Je eine Injektion von 1 ccm Flüssigkeit enthielt die wirksamen Stoffe von 0,1 g frischer Epithelkörpersubstanz. Bei der zweiten Reihe machten sich ausgesprochene örtliche Erscheinungen anaphylaktischen Charakters geltend (Anschwellung des betr. Armes, Urtikaria, Jucken, Schmerzen), die aber allmählich abklangen, was R. auf die gleichzeitige interne Verabreichung von Calciumchlorid (3 mal tägl. je 1 g) zurückführt. — Was nun den Erfolg der Behandlung anlangt, so ist er außerordentlich günstig gewesen. Sämtliche Symptome der Krankheit, die vorher bei der Patientin sehr ausgesprochen waren, sind zurückgegangen, mit alleiniger Ausnahme der Herzpalpitationen. Vortr. ist der Ansicht, daß zur Verhütung eines Rezidivs die dargelegte Behandlung bei der Patientin von Zeit zu Zeit wiederholt werden muß.

Diskussion:

Herr **F. Krause**: Auch mit der halbseitigen Thyreoidektomie schafft man häufig Nutzen, der aber meist erst Monate später in die Erscheinung tritt. In vorliegendem Falle, wo der Erfolg der Operation zwei Jahre ausblieb, ist die erzielte Besserung aber doch wohl auf die Injektionstherapie zurückzuführen.

Tagesordnung:

Hornhautanästhesie durch Chinaalkaloide.

Herren **J. Morgenroth** und **S. Ginsberg**: Ausgangspunkt der Untersuchungen war die Absicht, auf Grund der Erfahrung, daß die Pneumokokkeninfektion der Maus durch Chininderivate, besonders Aethylhydrocuprein, günstig beeinflußt wird, eine therapeutische Behandlung der Pneumokokkeninfektion der Cornea (Ulcus serpens) durch diese Alkaloide zu versuchen. Es mußte zunächst die vom Auge ohne Schädigung vertragene Dosis des Mittels festgestellt werden. Die hierbei gefundene anästhesierende Wirkung der Chininderivate bietet ein großes theoretisches und wohl auch praktisches Interesse.

Es wurden bisher systematisch untersucht: Chinin, Hydrochinin, Aethylhydrocuprein, Isopropyl-, Isobutyl- und Isoamylhydrocuprein (Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co.).

Wird die Cornea des Kaninchenauges eine Minute lang ständig mit der Lösung des salzsauren Salzes bedeckt gehalten, so braucht man für eine 30 bis 90 Minuten dauernde totale Anästhesie des Auges vom Chinin eine 3 proz., Hydrochinin 2 proz., Aethylhydrocuprein ca. 1,25 proz. Konzentration. Dann erfolgt in der Reihe ein höchst bemerkenswerter Sprung: Die gleiche Anästhesie wird nämlich bei den höheren Homologen (Isopropyl-, Isobutyl- und Isoamylhydrocuprein) schon durch 0,1—0,08 proz. Lösungen herbeigeführt. Die Löslichkeit dieser letztgenannten Substanzen ist wesentlich geringer als die der zuerst angeführten.

Hornhauttrübung und Bindehautschädigung tritt erst bei wesentlich höheren Dosen ein; besonders günstig verhält sich in dieser Hinsicht die Isopropylverbindung.

Ein Vergleich mit Kokain ist schwer durchzuführen, da dieses sich in seiner Wirkung qualitativ ganz anders verhält. Zwar ist bei der angegebenen Anwendungsweise noch 0,4 proz. Lösung wirksam, aber die Anästhesie dauert nur ca. 10 Minuten; für eine ca. 1 Stunde dauernde Anästhesie müßte man eine 2,5 proz. Lösung verwenden.

Praktisch kommt als vorteilhaft zunächst die lange Dauer der Anästhesie in Betracht, wodurch wohl im Falle der Infiltrationsanästhesie der Nachschmerz verringert würde. Ferner könnte man, angesichts der geringen Giftigkeit der Derivate bei Infiltrationsanästhesie unbedenklich sehr große Mengen einspritzen. So würde man mit 500 ccm einer 0,2 proz. Lösung voraussichtlich noch unter der toxischen Dosis bleiben. Endlich dürfte auch eine antineuralgische Wirkung der genannten Chininderivate bei innerlichem Gebrauch zu erwarten sein. (Bericht der Autoren.)

Diskussion:

Herr **Unger** hat das Isoamylhydrocupreinchlorhydrat in 2 prom. Lösung in den letzten Wochen mit gutem Erfolg in der chirurgischen Praxis erprobt; man kann ohne Schaden bis zu 500 ccm der Lösung zu einer Operation verwenden; das Mittel ist in dieser Hinsicht sogar dem Novocain noch überlegen. Zwecks Beseitigung der sonst eintretenden Hyperämie muß man es mit Adrenalin kombinieren. Die Anästhesie tritt etwas langsamer ein als beim Novocain, hält aber dafür wohl auch länger vor; die Nachschmerzen scheinen

geringer zu sein als beim Novocain. Es empfiehlt sich, weitere Versuche mit dem neuen Anästheticum anzustellen.

Partielle Entfernung des Wurmes wegen Geschwulstbildung unter breiter Eröffnung des vierten Ventrikels.

Herr **Oppenheim**: Die jetzt 30 jährige Patientin erkrankte 1908 mit Magenschmerzen, Erbrechen und Kopfschmerzen. Als vom Magen ausgehend gedeutet, besserten sich die Symptome anfangs vorübergehend unter entsprechender Behandlung. Bald aber kehrten sie wieder und dazu noch Diplopie, Nystagmus, Stauungspapille beiderseits, Ohrensausen besonders links, Vertigo und Abmagerung. Die Patientin wurde in diesem Stadium dem Vortr. überwiesen, der die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tumor in der linken Kleinhirnhälfte stellte. Zunächst versuchsweise Quecksilberkur. In der Folgezeit schwanden zeitweilig einige Symptome, wie die cerebellare Ataxie und der Nystagmus. Da sich der Zustand jedoch im wesentlichen nicht änderte und einige Symptome, wie das Fehlen des Corneareflexes bei linker Seitenlage, bestimmt auf einen Tumor hindeuteten, so wurde Patientin Herrn F. Krause zur Operation überwiesen. Bei dieser, die am 30. Juni 1912 ausgeführt wurde, fand sich zwischen Wurm und linkem Cerebellum ein Tumor, dessen pathologisch-anatomischer Charakter durch die später ausgeführte Untersuchung als Lymphangiosarkom festgestellt wurde. Bei der Operation mußte der vierte Ventrikel eröffnet werden, was in diesem Falle keine schweren Folgen hatte (Fehlen von Glykosurie usw.). Vom 5. bis 19 Tage nach der Operation psychische Störung. Von da ab sehr langsam fortschreitende Besserung, so daß Patientin im November sich wieder in der Poliklinik vorstellen konnte. Damals waren die Stauungspapille, der Nystagmus, die Gleichgewichts- und Sensibilitätsstörungen verschwunden; es bestanden noch Kopfschmerzen und morgendliches Erbrechen. Letztere Erscheinungen treten auch gegenwärtig ab und zu noch auf, sonst aber macht Patientin, abgesehen von gewissen hysteroneurasthenischen Symptomen, den Eindruck eines normalen Menschen. — Die Besonderheit des vorliegenden Falles liegt darin, daß ein so ungünstig gelegener Tumor radikal entfernt werden konnte und daß trotz Eröffnung des vierten Ventrikels, in Widerlegung eines weit verbreiteten Vorurteils, die Kranke am Leben geblieben ist. Von vier von O. zur Operation gebrachten Fällen, in denen der vierte Ventrikel eröffnet wurde, haben jetzt drei den Eingriff überstanden.

Herr **F. Krause** legt die Einzelheiten der Operation an der Hand von Photogrammen dar. Der Knochendefekt wurde nicht knöchern geschlossen, so daß eine kleine seit Monaten stationär gebliebene Gehirnhernie zurückgeblieben ist.

Diskussion:

Herr **M. Rothmann**: Nach den Tierversuchen, speziell nach den Versuchen des Physiologen Luciani an Affen, war zu erwarten, daß auch Menschen die Eröffnung des vierten Ventrikels überstehen können. Die schnelle Rückbildung der Ausfallserscheinungen in vorliegendem Falle beweist, daß der Tumor die Kernregion des Wurmes nicht ergriffen hatte. R. fragt die Vortragenden, ob bei der Untersuchung der Patientin die neueren Methoden von Bárány — Störungen der Zeigerichtungen — berücksichtigt wurden.

Herr **Oppenheim** (Schlußwort): Mit Rücksicht auf den schweren Zustand der Patientin wurden vor der Operation, wo die Zeigeversuche Báránys noch nicht bekannt waren, wohl aber die auf den kalorischen Nystagmus bezüglichen, auch letztere nicht angestellt. Jetzt, nach der Operation, wurden nur die spontanen Zeigeversuche vorgenommen, die normal ausgefallen sind. Die eingreifenderen Ausspritzungsversuche wurden vorläufig noch unterlassen. — Was die Frage der Freilegung des vierten Ventrikels anbetrifft, so sind die Verhältnisse bei einem tumorkranken Menschen doch nicht ohne weiteres mit dem Versuch an einem gesunden Tiere in Parallele zu bringen.

Herr **F. Krause** (Schlußwort): Bei Eröffnung des vierten Ventrikels muß man, wenn man den tödlichen Ausgang verhindern will, jede Reizung der Rautengrube durch Betupfen, Tamponieren usw. vermeiden, wie denn überhaupt aseptische Hirnwunden weder tamponiert noch drainiert werden sollen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Sitzung vom 20. Januar 1913.

(Gemeinsam mit der Berliner Gesellschaft für Chirurgie.)

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

Tagesordnung:

Beitrag zur Entstehung und Behandlung des Ulcus ventriculi.

Herr **M. Katzenstein** spricht über eigene 6 jährige Versuche und die Schlüsse, die er daraus für die innere Medizin zieht. Das Magengeschwür ist die Folge einer umgrenzten Schleimhautschädigung mit Verdauung. Warum wird diese Stelle verdaut? Warum wird der Magen nicht überhaupt verdaut? Auch die tote Magenschleimhaut hat eine antipeptische Wirkung. Weintraud fand in den Köpfen von Eingeweidewürmern das Antipepsin. Auch Magen und Duodenum scheinen durch diesen aus dem Blute stammenden Stoff geschützt zu sein. Atropin macht das Pepsin unwirksam. Im Duodenum sammelt sich auf den Reiz des Magensaftes ebenfalls Antipepsin an. Wird das Antipepsin an bestimmten Stellen des Magens zerstört, z. B. durch Verbrennung, so kommt es bei Säurezusatz zu typischer Zerstörung. Die Stelle wird durch Verdauung und Säure zerstört. Daher wird der Schorf der Brandstelle eliminiert. Lauge erzeugt nie ein Ulcus. Hier wird der Brandschorf allmählich ersetzt und geheilt; denn der Antipepsingehalt wird nicht zerstört. Dagegen ist im Säureschorf kein Antipepsin mehr enthalten. Eine gewisse Lokalisation prädisponiert die bis über 5 Monate andauernden chronischen präpylorischen Geschwüre. Hier muß also besonders wirksamer Magensaft vorhanden sein. Zum Entstehen des Ulcus gehört also die umgrenzte Schädigung, Embolie, Blutung etc., wirksamer Magensaft und Herabsetzung des normalen Antipepsingehalts. Es muß das normale Verhältnis zwischen Pepsin und Antipepsin gestört sein. Das Kaninchen hat kein Pepsin und kein Antipepsin; auf Zusatz von Hundemagensaft entsteht hier ein Geschwür. Nicht die Säure, sondern das in der sauren Lösung befindliche Pepsin ist wirksam.

Daraus folgt die Behandlung. Man soll das Ulcus zunächst mit inneren Mitteln bekämpfen, das Pepsin durch Bekämpfung der Säure abschwächen und den Antipepsinsaft stärken. Das wird durch die Diät und die Verabreichung von Antipepsin per os möglich sein. Die Diätschemata von Leube und Lenhartz taugen nichts. Denn Bouillon und Eiweiß regen die Sekretion an; auch ist diese Diät zu einseitig; sie soll sekretorisch und mechanisch nicht reizen. Ein Gemisch von Gemüsen und reichlichem Fett ist reizlos. Die Chlorose, die Ursache vieler Ulcera, ist so zugleich zu bekämpfen. Hort gab Blutserum vom Pferde mit gutem Erfolge per os.

Die interne Therapie machte die Ulcera bisher nur symptomlos. Die Chirurgie soll nie bei frischen Fällen und Blutungen eingreifen. Erst nach mehrjähriger erfolgloser interner Behandlung ist sie am Platze. Vortr. verzeichnete gute Erfolge. Bis zum 72. Falle hatte er keinen Todesfall, dann aber 4. Die Ursachen waren Volvulus congenitalis, Circulus vitiosus und Pneumonie. Das sind 4—6 pCt. Mortalität, die nicht größer ist als bei innerer Behandlung. Die zirkumskripte Atonie entsteht durch mangelhafte Innervation, diese durch Durchschneiden der Darmteile. Die Herzschwäche vermeidet Vortr. durch funktionelle Prüfung des Herzens vor der Operation, da Auskultation und Perkussion nicht genügen. Vor und nach der Operation wird die Gerinnungsfähigkeit des Blutes beeinflußt. Circulus vitosus chronicus fand sich 5 mal; Ursache war das Offenbleiben des Pylorus; dieser soll daher möglichst jedesmal ausgeschaltet werden. Der Eingriff ist zwar schwer, aber die Gastroenterostomie heilt zuweilen das Ulcus selbst nicht. Bei großem Ulcus pylori oder Ulcus der kleinen Kurvatur ist Gastroenterostomie nebst Pylorusausschaltung angezeigt oder aber die Resektion des Ulcus, wenn sie technisch möglich ist.

Ergebnisse der Röntgenuntersuchung beim Ulcus ventriculi.

Herr **E. Schlesinger**: Von den typischen röntgenologischen Erscheinungen ist bekannt, daß das eigentliche Ulcus nicht rationell dargestellt werden kann. Auch das Ulcus callosum erfordert besonders günstige mechanische Vorbedingungen. Aber je größer die Zerstörung, um so leichter ist die Diagnose. Das Ulcus penetrans und der Sanduhrmagen werden leicht erkannt. Eine Röntgenuntersuchung soll möglichst erschöpfenden objektiven Befund von Funktion und Zustand des Magens bieten. Die übliche Art der Untersuchung liefert diesen selten. Man soll, da intermittierender Spasmus möglich ist, die Entfaltung des Magens nach dem Verzehren von einem Viertel des Wismutbreies untersuchen, ein zweites Mal nach dem zweiten Viertel; schließlich soll man auf Adhäsionen bei tiefen Atembewegungen und außerdem nach Kontraktionen der Bauchdecken untersuchen. Ferner ist die Tätigkeit des Magens bei Drehung des Kranken nach rechts und links, sowie in dorso-ventraler und in frontaler Aufnahme zu studieren; schließlich ergibt die rechte Seitenlage die zuverlässigste Prüfung auf Adhäsionen und Ausguß des Pylorus und entscheidet zwischen benigner und maligner Stenose des Pylorus. Eine so umfassende Untersuchung muß zuweilen durch eine zweite ergänzt werden. Hierbei sollen auch die anderen klinischen Methoden herangezogen werden. Die Palpation ist wertvoll, aber wegen der Gefahr der Verbrennung des untersuchenden Armes bedenklich.

Wichtig ist die negative Tatsache, daß die Röntgenologie kein zuverlässiges Kriterium, ob ein Ulcus offen oder verheilt ist, gibt. Denn die tetanische Zusammenziehung der Wand besteht zuweilen auch nach der Heilung. Ob Pylorusspasmus regelmäßig das Ulcus begleitet, ist zweifelhaft. Ein positives Symptom ist die peristaltische Bewegung; sie findet sich aber auch bei Tabes und sonst, sie spricht für Ulcus pylori, sobald geringe Motilitätsstörung besteht. Wichtig ist die Antiperistaltik für die Diagnose des Ulcus pylori oder duodeni bei Steilheit und Hypotonie des Magens, die im Widerspruch zur sonstigen Konstitution steht, ferner die schneckenförmige Einrollung der Pars pylorica.

Die Röntgenuntersuchung soll erst nach ausführlicher klinischer Untersuchung stattfinden, damit die Zahl der möglichen Affektionen eingeengt wird. Sie soll die zweifelhafte Diagnose

sichern oder ergänzen. Die Resultate mehrjähriger Erfahrungen sind teils solche, wo ein typisches Symptom gefunden wurde, teils solche, wo wenigstens ein atypisches Symptom oder eine Kombination von mehreren typischen Symptomen für die Diagnose sprach. Häufig waren Merkmale der Dilatation und der Gastroptose, Neurose mit Hyperacidität gegen Ulcus der kleinen Kurvatur hervorzuheben; schließlich fanden sich Fälle, wo die Symptome nicht gut ausgeprägt waren. Eine ausreichende Erfahrung über die physiologische Breite der radiologischen Erscheinungsformen des Magens besteht nicht, weil es uns an autoptischer Bestätigung über die Grundlage derselben fehlt. Hier werden wir nur mit Hilfe der Chirurgie einiges erreichen. Dazu gehört die Differenzierung zwischen Neurose mit Hyperacidität und Ulcus der kleinen Kurvatur bezw. zwischen Ulcus duodeni und Cholecystitis.

Diskussion:

Herr **J. Boas**: Die Aetiologie ist beim Menschen sehr kompliziert; wichtig ist die Gegenwart von Magensaft überhaupt. Denn man findet selten Geschwüre bei chronischer Anaciditas gastrica, obgleich hier der Magen sehr vulnerabel ist. Therapeutisch wichtig ist es, die Diagnose schon im Stadium der okkulten Blutungen zu finden. Das proklamieren auch die Chirurgen. Die Resultate der internen Behandlung sind günstig. Ob die Blutung nun manifest oder okkult ist, auch chirurgisch können wir die Begleiterscheinungen, die Hypersekretion und die Hyperacidität nicht heilen. Vielfach sah B. nach Operationen neue Blutungen. Dann kommen aber die Kranken in die Hände der Internen. Schwere komplizierte Ulcera sind chirurgisch anzugreifen. Das Ulcus simplex chirurgisch zu behandeln, kann die soziale Lage des Arbeiters oder des Reisenden, der auf unregelmäßige Hotelkost angewiesen ist, erfordern; wer sich langjährige Diät leisten kann, hat das nicht nötig.

Herr **Bier**: Die Exstirpation des Ulcus an der kleinen Kurvatur bewirkt ein Loch, in das man bequem die Faust hineinstecken kann; denn es hat durch Narbenzug etc. die Wand an sich herangezogen und Pylorus und Oesophagus einander genähert. Die Längsnaht bedingt dann einen Sanduhr-, die Quernaht einen Beutelmagen; aus dem Beutel entleeren sich die Speisen nicht. Der Sanduhrmagen schreitet fort. Die Beschwerden werden durch die Gastroenterostomie beseitigt. Das ist keine Atonie. Denn bei der Querresektion erscheint sie nicht. Der Circulus vitiosus wird durch eine kurze Jejunumschlinge, die vier Finger breit mit der tiefsten Stelle des Magens vereinigt wird, vermieden. Die Schlinge muß ihre natürliche Lage behalten. Die Diagnose ist jetzt, auch bezüglich des Sitzes, mit Hilfe des Röntgenlichtes, aber nicht durch dieses allein, sehr scharf zu stellen. Wichtig ist auch die Aufnahme einer genauen Anamnese.

Herr **Kraus**: Wichtig ist die Pathogenese. Aschoff legt Wert auf das mechanische Moment. Was die Chirurgen zurückgeben, ist nicht immer das, was wir den Kranken wünschen. Für die Spitalspraxis ist das Lenhartzsche Schema vorzuziehen. Es bringt die Kranken sehr rasch vorwärts. Die Eiweißkörper binden die Säure sehr rasch. Später freilich soll man nicht mehr schematisch verfahren. Die Chirurgen sollten sich überzeugen, was aus ihren Kranken später wird. Die fortdauernde Untersuchung der Säure ist von Bedeutung für das Schicksal des Kranken. Bedeutsam ist auch das Trauma. Es setzt mit Ulcus identische Krankheitsbilder.

Herr **Sultan**: Gasansammlung zwischen Leber und Zwerchfell, die das Röntgenbild gut nachweist, spricht für ein perforiertes Geschwür, weniger beweisend, weil zuweilen durch Meteorismus vorgetäuscht, ist das Fehlen der Leberdämpfung.

Herr **Federmann** stellt zwei große Gruppen auf: Ulcus superficiale, d. h. Erosion, die multipel und leicht heilbar ist, und Ulcus profundum acutum. Ersteres neigt zu Rezidiven und eine chirurgische Behandlung ist unnütz. Blutungen und Schmerzen werden nicht beeinflußt. Das Ulcus profundum der späteren Zeit hängt mit der Chlorose zusammen. Das Ulcus callosum ist oft nur scheinbar intern geheilt, verrät sich aber durch okkulte Blutungen. Gastroenterostomie eignet sich nur für narbige Prozesse. Die Zukunft gehört der Resektion.

Herr **Fuld**: Das Ulcus des älteren Mannes gehört dem Chirurgen, das der Chlorotischen dem Internen. Durch Unterbindung, Thrombose etc. entstehen eigentlich Defekte, die für ein Ulcus prädisponieren. Hier muß also eine gewisse Immunität bestehen. Ganz anders ist es bei den Frühfällen; hier nützt die interne Therapie; die Frühoperation ist daher abzulehnen. Die direkte, sei es thermische oder mechanische Schädigung durch die Nahrung ist gering anzuschlagen. Statt Pepsin und Antipepsin sprach man bisher von Lab und Antilab; letzteres fehlt dem Kaninchen und auch den jungen Tieren. Auch das menschliche Kind hat häufig Ulcus, besonders im Duodenum. Das Blut ist der Träger des Antipepsins. Daher hat das blutende Ulcus größere Heilungstendenz als das nichtblutende. Bei Ulcus ist Belladonna in großen Dosen zu geben. Neutralon ist ein Adsorbens wie Blut- und Tierkohle für große Mengen Ferment, aber auch für HCl. Das Pferdeserum ist sehr antilabreich; sein Präparat heißt Amvenin.

Herr **Körte**: Die Schnitte der Ulcusmägen sehen abnorm aus. Die Drüsen sind unregelmäßig gestaltet; dazwischen liegt kleinzellige Infiltration. Die Frühdiagnose hängt vom Kranken selbst ab. Alle Künste der Internen und der Chirurgen nützen nichts, so lange der Kranke nicht zu uns kommt. Solche mit Perforation sagen zunächst nichts von früherer Behandlung des Magens. Das Ulcus beginnt ganz latent, ohne besondere Schmerzen. Die chirurgische Behandlung hat der Kranke in der Hand; aber der probiert erst alles, was Haus- und Spezialarzt anraten. Auch der Chirurg kann nicht alles heilen. Rückfälle geschehen nach Gastroenterostomie wie nach Resektion. Nachbehandlung ist nötig; aber der Operierte ist bald fertig und froh, vom Arzt loszukommen. Dann entwickeln sich die Rückfälle offenbar in der Stille. Die Frage bleibt: Warum entsteht das Ulcus bei dem Kranken und warum kommt es wieder? Die Chlorose ist nicht die einzige Ursache. Selten ist die Entwickelung von Krebs aus Ulcus. Die Resektion ist schwierig, gefahrvoll, ihre Resultate sind unsicher. Die Ausschaltung des Pylorus ist, weil eingreifend, nur bei Duodenumgeschwür indiziert.

Herr **Schmieden** demonstriert Präparate von seltenem Sitz des Ulcus. Die Geschwüre sind oft primär multipel; der Operateur übersieht ein zweites leicht. Die HCl-Prüfung ist wertvoll zur Unterscheidung gegen Krebs. Sonst sind die Merkmale nur gering. Manchmal ist die Querresektion doch vorzuziehen.

Herr **Cohnheim** empfiehlt die Oeltherapie: 3 mal täglich einen Teelöffel von Süßmandelöl mit Eigelb und 100 g warmem Wasser, eine Stunde vor dem Essen zu nehmen.

Herr **Katzenstein** (Schlußwort). Mode.

IV. Bücherschau.

Die tuberkulösen Erkrankungen des Gehörorgans. Von Dr. **R. Spira** (Krakau). Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 12, H. 11. 17 S. 0,85 Mark.

Die kleine Abhandlung stellt die bisher vorliegenden Erfahrungen über die am Gehörorgan vorkommenden tuberkulösen Erkrankungen zusammenfassend dar. Von allen Teilen des Gehörganges erkranken an Tuberkulose am häufigsten Mittelohr, Warzenfortsatz, knöcherne Tuba, seltener Ohrmuschel, äußerer Gehörgang und knorpelige Tuba. Am häufigsten erkrankt zuerst die Schleimhaut der Paukenhöhle; das Trommelfell, die Knochenwandungen und der Warzenfortsatz werden später angegriffen. R. L.

Einführung in die Physiologie, Pathologie und Hygiene der menschlichen Stimme. Von Dr. **Ernst Barth.** Mit 260 Abbildungen und 2 farbigen Tafeln. Leipzig 1911, Georg Thieme. 507 S.

In diesem groß angelegten, überaus sorgfältig disponierten Werke findet der Leser eine wissenschaftliche Begründung der Grundsätze, von denen die Erkennung und Behandlung der Stimmkrankheiten auszugehen hat. Mit besonderer Sorgfalt ist die Physiologie der Stimme bearbeitet worden, deren Darstellung über die Hälfte des Buches gewidmet ist. In dem zweiten Hauptabschnitte, der Pathologie der Stimme, werden die einzelnen Ursachen der Stimmstörungen und deren Besonderheiten systematisch dargestellt. Von besonderem Interesse ist der dritte Abschnitt, die Hygiene der Stimme, in welcher insbesondere die Ausführungen des Verf. über den Einfluß des Sportes auf die Stimmhygiene, sowie über die Hygiene der Singstimme besondere Beachtung beanspruchen. Besonders hervorzuheben ist an dem Werke die große Sorgfalt, mit welcher die gesamte Literatur gesammelt und verarbeitet worden ist. Die Darstellung ist klar und korrekt; ihr Verständnis wird durch eine Fülle von technisch hervorragenden Abbildungen wesentlich erleichtert und gefördert. Das Werk verdient eine um so größere Verbreitung, als trotz seines Umfanges und seiner guten Ausstattung der Preis ein verhältnismäßig sehr geringer ist.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Unter Mitwirkung vieler hervorragender Gelehrter herausgegeben von Prof. Dr. **Julius Schwalbe.** Mit 586 Abbildungen. Leipzig 1912, Georg Thieme. 1044 S.

Das hervorragende Sammelwerk, welches seit 5 Jahren bereits zum dritten Male neu aufgelegt werden mußte, hat sich bei den Fachkollegen längst Bürgerrecht erworben. Mit vollem Recht! Denn heute hat die technische Seite der Medizin einen Umfang angenommen, daß auch der allgemeinpraktizierende Arzt sehr bald in die größte Verlegenheit kommen würde, wenn er sich nur auf die Handhabung der Technicismen beschränken wollte, welche er von der Universität her in die Praxis mitgebracht hat, und deshalb sind Werke von der Art des vorliegenden geradezu ein Bedürfnis für jeden Praktiker. Das vorliegende Werk ist aber ganz besonders durch die Qualität seiner Mitarbeiter und die Sorgfalt seiner Redaktion geeignet, seinen

Zweck zu erfüllen. Von neuen Abschnitten in der dritten Auflage sind hinzugekommen ein sehr fesselnd geschriebenes Kapitel über Immuntherapie aus der Feder von A. v. Wassermann. Ferner sind einige neue Kapitel aus dem Gebiete der speziellen chirurgischen Technik durch Hinzufügung neuer Arbeiten ergänzt und erweitert worden. Daß u. a. die Technik der inzwischen ausgebildeten Salvarsantherapie eine eingehende Würdigung gefunden hat, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden. — Dem schönen, für jeden Praktiker unentbehrlichen Werke ist auch in seiner neuen Auflage die weiteste Verbreitung sicher. H. L.

Physiologische und therapeutische Wirkungen des Radiums und Thoriums. Von Dr. **Alfred Fürstenberg**, 1. Assistenzarzt an der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Bd. 4, H. 4. Halle a. S. 1912, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 68 S. 1,80 M.

In dem vorliegenden Heft gibt Verf. einen recht brauchbaren Ueberblick über die wichtigsten Eigenschaften der radioaktiven Substanzen und ihre Bedeutung für die theoretische und praktische Heilkunde. Der erste Teil führt in die Physik und Chemie der radioaktiven Substanzen ein; auch die Messungsmethoden werden berücksichtigt, soweit sie für die praktische Medizin von Bedeutung sind. Im zweiten Teil gibt Verfasser auf Grund der umfangreichen Literatur und auf eigene Erfahrungen gestützt eine Darstellung der Wirkungen der radioaktiven Strahlungen auf lebende Organismen und der bisherigen Ergebnisse der therapeutischen Anwendung der radioaktiven Substanzen mit besonderer Berücksichtigung der Radiumemanation und der verschiedenen Formen der Emanationstherapie, welche ja vorläufig für die allgemeinärztliche Praxis in erster Linie in Betracht kommt. Den Schluß der Darstellung bildet ein Kapitel über die bisherigen Erfahrungen mit der therapeutischen Anwendung der Thoriumreihe. Die Schrift eignet sich gut zur ersten Einführung in die Radiotherapie. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die **Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin** hielt am 25. Januar d. J. eine Sitzung ab. Es wurde zunächst der viel besprochene Ministerialerlaß betreffs Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine erörtert. Da der Minister des Innern den Aerztekammerausschuß zu einer gutachtlichen Aeußerung in dieser Frage aufgefordert hat, so hat der Kammervorstand, wie der Vorsitzende Ströter mitteilte, beschlossen, bei dem Kammerausschuß eine Antwort des Inhalts zu beantragen, daß die Rechtsfähigkeit für die genannten Vereine erwünscht sei und in Uebereinstimmung mit der Auffassung juristischer Autoritäten nach den Normen des Bürgerlichen Gesetzbuches durch amtsgerichtliche Eintragung zu bewirken sei. In Uebereinstimmung mit der badischen Aerztekammer sprach sich sodann die Aerztekammer gegen das beabsichtigte Monopol der beamteten Aerzte bei der Begutachtung für die Angestelltenversicherung aus. Nunmehr folgte die Erörterung eines Gegenstandes, der für Berlin von lokaler Bedeutung ist. Es wurde einstimmig folgender Antrag angenommen:

„Zur Reinigung der Luft von Groß-Berlin, welche durch das Zusammenwohnen von Millionen Bürgern und durch zahlreiche industrielle Betriebe ständig verdorben wird, ist ein großer Waldgürtel dringend notwendig. Die Sorge für dessen Herstellung und Pflege darf nicht abhängig sein von der mehr oder weniger hohen finanziellen Leistungsfähigkeit der Gemeinden von Groß-Berlin, sondern ist eine Aufgabe des Staates, dem die Gesundheit aller seiner Bürger am Herzen liegen muß. Aus diesem Grunde bittet die Aerztekammer den Herrn Minister für Landwirtschaft, Domänen und Forsten, dafür Sorge tragen zu wollen, daß bei einer in Frage stehenden Veräußerung des großen Waldbestandes in erster Linie Rücksicht auf die Gesundheit der Bewohner Groß-Berlins genommen wird."

Es folgten dann die Berichte über die Wirksamkeit des Ehrengerichts, der Unterstützungs- und Darlehenskasse, der Vertragskommission und schließlich der Kassenbericht. Von interessanten Tatsachen erwähnen wir daraus, daß bei 244 zu bearbeitenden Ehrengerichtssachen nur 21 Verurteilungen erfolgten, ferner, daß zurzeit eine Regelung des gegenseitigen Verhältnisses der verschiedenen Aerztekammer-Unterstützungskassen beabsichtigt wird. Verhandelt wurde darauf über einen Antrag der Aerztekammer für die Provinz Hannover auf Aenderung des Gesetzes über die Reisekosten der Staatsbeamten, das eine für die Privatärzte nachteilige Bestimmung enthält. Die Kammer trat dem Antrage bei, während eine Anregung der hessischen Kammer auf Erlaß eines gesetzlichen Verbots des Praktizierens ausländischer Aerzte im Deutschen Reiche von der Berlin-Brandenburgischen Kammer abgelehnt wurde.

London. In ihrem Kampfe **gegen das Versicherungsgesetz** scheinen die englischen Aerzte nach neueren Nachrichten eine Niederlage erlitten zu haben, da der britische Schatzkanzler Lloyd George kürzlich erklärte, daß mit den Aerzten, die sich ihm neuerdings zur Verfügung gestellt hätten, das Gesetz in Kraft treten könne. Der British Medical Association, der gegenüber sich im Februar v. J. gegen 27 000 Aerzte verpflichtet hatten, keinerlei kassenärztliche Tätigkeit auf Grund des neuen Gesetzes auszuüben, blieb unter diesen Umständen nichts übrig, als diese Aerzte von der eingegangenen Verpflichtung zu entbinden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der außerordentl. Professor der Chirurgie in Gießen Dr. K. Bötticher hat einen Ruf als Leiter der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Berlin-Lichtenberg erhalten und angenommen.

— Drei neue Privatdozenten haben sich hierselbst habilitiert: Dr. Friedrich Gudzent für innere Medizin, Dr. Ludwig F. Meyer für Kinderheilkunde und Dr. Joh. Eckert für Kinderheilkunde.

Breslau. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Josef Forschbach hat den Professortitel erhalten.

Halle a. S. Dem Professor der Physiologie Dr. E. Abderhalden ist am Friedrichstage von der Berliner Akademie der Wissenschaften die **Helmholtz-Prämie** im Betrage von 1800 M. zuerkannt worden.

Leipzig. Der ordentliche Professor der Hygiene Dr. Franz Hofmann, der seit 40 Jahren in Leipzig wirkt und seit 35 Jahren das Ordinariat der Hygiene innehat, gedenkt am 1. Oktober d. J. in den Ruhestand zu treten. Prof. Hofmann vollendet im Juni das 70. Lebensjahr.

Braunschweig. Dem Oberarzt der inneren Abteilung des Herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig Dr. Adolf Bingel ist der Professortitel verliehen worden.

Heidelberg. Im Alter von 62 Jahren starb der Anthropologe Prof. Dr. phil. O. Schoetensack, der seinen Namen durch die Auffindung der Ueberreste des „Homo Heidelbergensis" (1908) unsterblich gemacht hat. In den Sanden von Mauer bei Heidelberg entdeckte er das älteste bisher bekannte Fossil, einen Unterkiefer, dessen Alter auf ca. 1 Million Jahre geschätzt wird. Dem menschenähnlichen Wesen, dem dieses Skelettstück angehörte, wurde die vorgenannte Bezeichnung beigelegt. Schoetensack, von Hause aus Chemiker, hatte sich erst in vorgerücktem Lebensalter der Anthropologie zugewandt; im Alter von 54 Jahren habilitierte er sich 1904 für Anthropologie, um kurz darauf zum Extraordinarius ernannt zu werden.

Wien. Prof. Dr. W. Mitlacher, Extraordinarius der Pharmakognoscie, ist gestorben.

Innsbruck. Der Nestor der Tiroler Aerzte, Universitätsprofessor a. D. Dr. Ludwig Lantschner, ist im Alter von 86 Jahren gestorben. Als Sohn des seinerzeit bekannten Chirurgen Simon L. geboren, war der Verstorbene eine längere Reihe von Jahren als Landarzt tätig, ehe er sich in vorgerücktem Lebensalter (1876) in Innsbruck für Chirurgie habilitierte. Von 1880 bis zu seiner Emeritierung war er dann außerordentlicher Professor. Prof. Lantschner hat noch wenige Tage vor seinem Hinscheiden die ärztliche Praxis ausgeübt.

Edinburgh. Dr. G. A. Gibson, ein in Großbritannien sehr bekannter Spezialist für Herzkrankheiten, Verfasser eines 1898 erschienenen Buches über die „Krankheiten des Herzens und der Aorta", ist im Alter von 59 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Am 24. Januar d. J. hat sich hierselbst auf einer im Langenbeck-Hause abgehaltenen Versammlung ein **Verein für ärztlichen Sonntagsdienst** gebildet, um die Frage der ärztlichen Sonntagsruhe, die bisher nur für einzelne Stadtbezirke und auch für diese oft nur vorübergehend geregelt war, für Groß-Berlin dauernd zu lösen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß diesmal etwas Bleibendes zustande kommen wird.

— Der 42. **Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie** findet vom 26. bis 29. März 1913 unter dem Vorsitz von Geheimrat v. Angerer im Beethovensaale der Philharmonie statt. Als Hauptthemata sind aufgestellt: 1. Ulcus duodeni (Referent: Küttner [Breslau]), 2. Hirn- und Rückenmarkschirurgie (Referenten: v. Eiselsberg und Ranzi [Wien]), 3. Die Behandlung der Gelenk- und Knochentuberkulose (Referent: Garrè [Bonn]).

— Einen Tag vor der Eröffnung des Chirurgenkongresses, also am 25. März, tagt im Langenbeckhause der 12. **Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie**, dem Prof.

...y (Graz) präsidieren wird. Zum Hauptthema „die ...handlung der chronischen Arthritis (Arthritis deformans)“ wird Friedr. Kraus (Berlin) einleitend über „Symptomatologie, Pathogenese und interne Therapie der chronischen Arthritis“ sprechen, im Anschluß daran Ibrahim (München) über „die chronische Arthritis im Kindesalter“ sowie Preiser (Hamburg) über „die orthopädische Behandlung der chronischen Arthritis“.

— Vom 26. bis 30. März d. J. findet hierselbst unter dem Protektorat Se. Kgl. Hoheit des Prinzen August Wilhelm von Preußen der 4. **internationale Kongreß für Physiotherapie** statt. — Was die Oertlichkeiten der Tagung anlangt, so werden die Eröffnungsfeierlichkeiten sowie auch die erste allgemeine Sitzung im Reichstagsgebäude abgehalten, während die Sektionen in den Hörsälen der Charité tagen werden. — In Verbindung mit dem Kongresse findet eine Ausstellung wissenschaftlicher und technischer Apparate sowie sonstiger Gegenstände statt, die einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Physiotherapie geben soll. In der ersten allgemeinen Sitzung, die am Mittwoch, den 26. März, um 1 Uhr nachm., im großen Sitzungssale des Reichstages stattfindet, wird das Thema „Physikalische Behandlung der Kreislaufsstörungen“ behandelt; als Referenten werden fungieren die Herren Otfried Müller (Tübingen), Vaquez (Paris) und Wide (Stockholm). Der Kongreß ist in 4 Sektionen gegliedert: 1. Balneo- und Klimatotherapie (gleichzeitig Tagung der Balneologischen Gesellschaft); 2. Elektro-Radio-Röntgentherapie; 3. Kinesiotherapie; 4. Diätetik. — Zur Teilnahme an dem Kongresse sind außer approbierten Aerzten und Aerztinnen berechtigt Physiker, Ingenieure usw. aller Nationen. Der Beitrag beträgt 20 M., für die Damen der Kongreßteilnehmer 10 M. Die Beiträge sind durch Postanweisung zu zahlen an das Bankhaus S. Bleichröder, Berlin, Depositenkasse, Unter den Linden 13, à Conto des IV. internationalen Kongresses für Physiotherapie.

Die offiziellen Sprachen des Kongresses sind Deutsch, Englisch, Französich und Italienisch.

Mitteilungen sind zu richten an den Generalsekretär des Kongresses Herrn Dr. Immelmann, Berlin W. 35, Lützowrtsaße 72.

Ueber alle die Ausstellung betreffenden Fragen erteilt Stabsarzt Dr. O. Strauss, Berlin N., Kesselstraße 19, Auskunft.

Zur Bequemlichkeit der Teilnehmer ist mit dem Reisebureau der Hamburg-Amerika-Linie, Berlin W. 8, Unter den Linden 8, eine Vereinbarung getroffen worden, nach der dasselbe die Wohnungsbeschaffung für die Mitglieder übernimmt. — Alle weiteren Einzelheiten sowie das genauere Programm der wissenschaftlichen Verhandlungen (soweit letzteres bisher festgestellt ist) enthält das von der Kongreßleitung versandte ausführliche Programm.

Düsseldorf. Unter dem Vorsitze der Herren Prof. Rumpf (Bonn) und Prof. Liniger (Düsseldorf) hat sich hierselbst am 12. Januar d. J. die **Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Versicherungsmedizin** konstituiert. Bisher zählt die neue Vereinigung etwa 100 Mitglieder.

Gerichtliches.

Leipzig. Das Reichsgericht hatte sich kürzlich mit dem Halleschen **Krankenkassenkonflikt** zu befassen. Bekanntlich wurde der Streit seinerzeit dadurch beendet, daß wegen nicht genügender ärztlicher Versorgung der Krankenkassenmitglieder der Magistrat als Aufsichtsbehörde mit der Halleschen Aerzteschaft einen Vertrag auf der Basis der freien Arztwahl schloß. Schon nach kurzer Zeit klagte der Verband der Halleschen Ortskrankenkassen auf Ungültigkeitserklärung des Vertrages wegen angeblicher Unerfüllbarkeit. Landgericht und Oberlandesgericht wiesen die Klage ab, und diese Entscheidungen wurden am 17. Januar im wesentlichen vom Reichsgericht bestätigt. Nur in einem nebensächlichen Punkte bekamen die Kläger recht, indem ein Paragraph des Vertrages, der die Kassen zu einer Satzungsänderung verpflichtet, für ungültig erklärt wurde. Bei der Höhe des Streitobjektes (300 000 M.) erwachsen den Kassen aus ihrer Niederlage sehr erhebliche Kosten.

Darmstadt. Eine in Isenburg als Krankenbehandlerin praktizierende Frau wurde wegen **fahrlässiger Körperverletzung** bei Ausübung ihres Berufs in zwei Fällen von der hiesigen Strafkammer zu einer Gesamtgeldstrafe von 500 M. verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Im Auftrage der Deutschen Physiologischen Gesellschaft hatten die Professoren v. Grützner (Tübingen), A. Kossel (Heidelberg), v. Kries (Freiburg) und Verworn (Bonn) Erhebungen darüber angestellt, ob die Prüfung der Physiologie wieder in das ärztliche **Staatsexamen** einzuführen sei. Mit Rücksicht auf die Mängel in den physiologischen Kenntnissen der Mediziner haben die Genannten sich sowohl für eine (durch einen Physiologen) vorzunehmende Prüfung in Physiologie im Staatsexamen als auch für eine Gleichbewertung der Physiologie mit der Anatomie im Tentamen physicum ausgesprochen. Diese Anträge sind sämtlichen Fakultäten zur Aeußerung unterbreitet worden.

— Zur Milderung und allmählichen Beseitigung der im Berliner Wohnungswesen vielfach bestehenden Mißstände hat der Magistrat eine neue Organisation der städtischen Wohnungspflege und Wohnungsaufsicht beschlossen, die am 1. Oktober in Funktion treten soll. An die Spitze der neuen Organisation wird am 1. April eine **Deputation für Wohnungswesen** gestellt. Ihr soll zunächst und vor allem die Aufgabe obliegen, die im Berliner Wohnungswesen obwaltenden Zustände, wie sie sind, aufzuklären. Als wichtigste praktische Aufgabe liegt der Deputation die Wohnungspflege und Wohnungsaufsicht ob, wie sie in einer Reihe von deutschen Städten bereits besteht.

— Der Vorstand des Verbandes Deutscher Beamtenvereine hat eine Zentralsammelstelle für das Material zu einer **Beamten-Krankenversicherung** eingerichtet. Der Gesamtvorstand des Verbandes Deutscher Beamtenvereine hat bereits diesen Gegenstand in einer Sitzung im vergangenen Monat eingehend behandelt. Der sächsische Staatsbeamtenbund hatte vor einigen Monaten das Gesamtministerium in einer Eingabe gebeten, die Voraussetzungen prüfen zu wollen, unter denen sich die Gründung einer sämtliche unteren und mittleren Staatsbeamten umfassenden Krankenversicherung verwirklichen ließe.

Als Mindestleistungen der Zwangs-Beamten-Krankenversicherung würden in Betracht kommen: Freie ärztliche Behandlung, einschließlich Zahnpflege, freie Arznei und sonstige Kurmittel oder statt dessen freie Kur und Verpflegung in Krankenhäusern, Heil- und Erholungsstätten auf wenigstens sechs Monate, und zwar sowohl für den erkrankten Beamten selbst als auch für seine Ehefrau und seine unselbständigen Kinder.

Auf der diesjährigen Tagung des Verbandes Deutscher Beamtenvereine soll die Angelegenheit weiter erörtert werden.

München. Soeben ist der kgl. **Obermedizinalausschuß**, der aus ärztlichen, tierärztlichen und pharmaceutischen Mitgliedern besteht, für die Amtsdauer von vier Jahren neu berufen worden.

Stockholm. Vor zwei Jahren wurde die Entdeckung gemacht, daß sich aus dem in großen Mengen in Schweden vorkommenden Mineral Kolm **Radium** gewinnen läßt. Die im Anschluß daran angestellten systematischen Versuche haben neuerdings zur Ausarbeitung mehrerer Methoden geführt, mit denen man aus dem genannten Mineral in wirtschaftlich lohnender Weise Radium darstellen kann, und es soll daher demnächst in größerem Maßstabe mit der Radiumerzeugung in Schweden vorgegangen werden.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die am 1. Januar 1913 in Kraft getretene Deutsche Arzneitaxe für das Jahr 1913 ist in der Weidmannschen Buchhandlung hier SW. 12, Zimmerstraße 94, erschienen und daselbst käuflich zu haben.

Berlin, den 13. Januar 1913.

Der Polizei-Präsident.
In Vertretung: Rebling.

Zu besetzende Stelle.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Gumbinnen (Jahresremuneration 2000 M.). Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

(Veröffentlicht am 22. Januar.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub: Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, vortragender Rat im Ministerium des Innern; Obergeneralarzt Dr. Hecker, Inspekteur der 4. Sanitätsinspektion; Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Ministerialdirektor im Ministerium des Innern.

Roter Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife: Marinegeneralarzt Dr. Bonte, Garnisonarzt in Kiel; Generalarzt Prof. Dr. Schumburg, Korpsarzt des 10. Armeekorps; Generalarzt Dr. Witte, Korpsarzt des 9. Armeekorps.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Ordentl. Professor Dr. E. Schultze in Göttingen; San.-Rat Dr. v. Bardeleben

in Bochum; Oberstabsarzt im Leibdragonerregiment 24 Dr. Binder; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 57 Dr. Blanc; außerordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. Bürkner in Göttingen; Oberstabsarzt im 4. Gardefeldartillerie-Regiment Dr. Burchardt; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 51 Dr. Crampe; Kreisarzt Med.-Rat Dr. v. Fischer-Benzon in Flensburg; Marineoberstabsarzt Dr. Fischer vom Gouvernement Kiautschou, später von der Marinestation der Ostsee; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 65 Dr. Haberling; Geh. San.-Rat Dr. Hagemann in Hannover; Kreisarzt Medizinalrat Dr. Helming in Ahaus; Oberstabsarzt im Husarenregiment 13 Dr. Jacobitz; Oberstabsarzt im Feldartillerieregiment 7 Dr. Jeschke; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 158 Immig; Oberstabsarzt im Ulanenregiment 4 Dr. Keller; Oberstabsarzt im Dragonerregimnet 5 Dr. Karksieck; Oberstabsarzt im 4. Garderegiment zu Fuß Dr. Keyl; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 88 Dr. Klein; Oberstabsarzt im Feldartillerieregiment 15 Dr. Kob; Arzt Dr. Kornstädt in Stralsund, Regierungs- und Med.-Rat Dr. Krause in Oppeln; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 56 Dr. Krueger; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 138 Dr. Krüger; Oberstabsarzt z. D. an der Kaiser Wilhelms-Akademie Dr. Kuntze; Oberstabsarzt im Dragonerregiment 16 Dr. Lobedank; Oberstabsarzt im Feldartillerieregiment 51 Dr. Loos; Stabsarzt d. L. a. D. Dr. Lorenz in Münsterberg; ordentl. Professor Dr. Lüthje in Kiel; Oberstabsarzt im Feldartilelerieregiment 45 Dr. Meinhold; Stabsarzt d. R. Dr. Mutert in Osnabrück; Oberstabsarzt im Dragonerregiment 6 Dr. Neumann; Marineoberstabsarzt vom Stabe S. M. großen Kreuzers „Gneisenau“ Dr. Nohl; Kreisarzt Med.-Rat Dr. Riehn in Clausthal; Stabsarzt im Kaiser Alexander-Garde-Grenadierregiment 1 Prof. Dr. Rumpel; Kreisarzt Med.-Rat Dr. Sarganek in Köslin; Geh. San.-Rat Dr. Schaefer in Lengerich; Marineoberstabsarzt von der Marinestation der Ostsee Dr. Schepers; Oberstabsarzt im Garde-Grenadierregiment 5 Dr. Schley; San.-Rat Dr. Schmalfuss in Hamburg; Oberstabsarzt an der Kaiser Wilhelms-Akademie, kommandiert zur Akademie für praktische Medizin in Cöln Dr. Stuertz; Oberstabsarzt im Ulanenregiment 14 Dr. Stumpff; Oberstabsarzt im 5. Garderegiment zu Fuß Dr. Sydow; Arzt Dr. Tiemann in Osnabrück; Geh. San.-Rat Dr. Timm in Coblenz; Marineoberstabsarzt vom 1. Seebataillon Dr. v. Ulatowski; Marineoberstabsarzt vom Stabe S. M. großen Kreuzers „Hansa“ Dr. Wiens; Oberstabsarzt im Infanterieregiment 114 Dr. Groskurt.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Generalarzt Dr. Leopold, Korpsarzt des 6. Armeekorps.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Generaloberarzt Dr. Altgelt, Divisionsarzt der 11. Division; Generaloberarzt Prof. Dr. Dautwig, Divisionsarzt der 4. Division; Generaloberarzt Dr. Gillet, Divisionsarzt der 31. Division; Reg.- und Med.-Rat Dr. Grieser in Coblenz; Geh. San.-Rat Dr. Hartmann in Hanau; Marine-Generaloberarzt, Werftoberarzt in Wilhelmshaven Dr. John; Oberstabsarzt bei der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums Dr. Niehues; Marine-Generaloberarzt, Geschwaderarzt des Kreuzergeschwaders Dr. Pichert; Marine-Generaloberarzt, Chefarzt des Marinelazaretts Kiel-Wik Dr. Richelot; Generalob[illegible] Garnisonarzt in Straßburg i. E. Dr. Sehrwald.

Württemberg.

Niedergelassen: Dr. E. O. Beck in Mengen, Dr. M. Günzburger als 3. Arzt des Sanatoriums Schömberg, Dr. E. Koch in Alpirsbach.

Baden.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Medizinalrat: Bezirksärzten Med.-Räten Dr. Kaiser in Karlsruhe und Dr. Heinemann in Constanz.

Charakter als Medizinalrat: Bezirksärzte Dr. Wörner in Ueberlingen, Dr. Frey in Engen, Dr. Dörner in Schopfheim, Dr. Schaller in Oberkirch und Dr. Holl in Heidelberg.

Gestorben: Med.-Rat Rotherme in Steinbach in Baden.

Herzogtum Gotha.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Kothe in Friedrichroda (Thüringen).

Oldenburg.

Ernannt: Dr. Lübbers in Löningen zum Amtsarzt für das Amt Cloppenburg mit dem Amtssitz in Löningen.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große“ Cavetetafel in „Aerzt. Mitt.“ oder „Aerztl. Vereinsbl.“.

Kontroll- oder Vertrauensarztstellen für Krankenkassen-Verbände jeder Art im ganzen Reiche.

Auskunft durch das Generalsekretariat.

Verband z. W. d. Int. d. Deutschen **Betriebs-K.K.** (Rh.-Westf.-B.-K.-K.-V.) **Essen-Ruhr**

Buenos-Aires, Argentin.
Aachen
Adolfshütte siehe Crosta
Annweiler i. Pfalz
Arys, O.-Pr.
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Betriebs-K.-K.-V., s. ob.
Bocholt i. Westf.
Böhmenkirch i. Wttbg.
Breithardt, Hess.-Nass.
Bremen
Breslau
Burbach i. W.
Burladingen, Hohenzoll.
Canth, Bez. Breslau
Crosta-Adolfshütte
Düsseldorf
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Finstingen i. Lothr.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Köln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Gönningen i. Wttbg.
Greiffenberg, Uckerm.
Gröha i. Sa.
Großharthau-Goldbach i. Sa.
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Hagendingen, Lothr.
Halberstadt
Halle a. S.
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Häselrieth b. Hildburgh.
Herbrechtingen i. Wttbg.
Herne i. W.
Hohen-Neuendorf a. Nordbahn
Kaufmänn. Kr.-K. für Rheinl. u. Westf.
Kassel-Rothenditmold
Kellinghusen, Holst.
Kirchberg, Jagst
Köln-Deutz
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Kupferhammer b. Ebersw.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Metz
Mömlingen, Unt.-Frk.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Nackenheim i. Rheinh.
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Oberehnheim, U.-Els.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ochsenwärder b. Hambg.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. d. Mark
Oedt, Rhld.
Passau-Auerbach
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plaue i. Thür.
Plettenberg i. Westf.
Pritzerbe, Brandenbg.
Puderbach, Kreis Neuwied
Querfurt
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Sagan i. Schl., Eisenh.-B.-K.-K.
Schandau a. E.
Schönwald, Bayern.
Schotten, Hessen
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schweidnitz, Schl.
Schwerin a. Warthe
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stommeln, Rhld.
Straßbessenbach bei Aschaffenburg
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Köln
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 8. Februar 1913 | No. 6

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 8. Februar 1913** **No. 6**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Physikalische Bemerkungen, Kromayer-Lampe, Finsenlicht, Uviolstrahlen, „künstliche Höhensonne" (Quarzlampenbestrahlung nach der Bach-Nagelschmidtschen Modifikation der Kromayerschen Quecksilberdampflampe).

Von
Dr. **Karl Wagner**, Arzt in Graz.

(Schluß.)

Nun zu den biologischen Erscheinungen, soweit sie nicht schon besprochen wurden. Nach der ersten Insolation tritt beim Menschen eine mehr oder weniger tiefgreifende Dermatitis auf, die unter Pigmentanhäufung (individuell verschieden) abheilt. Wird nun innerhalb bestimmter Zeit eine zweite Insolation von gleicher Intensität vorgenommen, so tritt meist keine sichtbare Hautreaktion mehr ein; diese Tatsache begründet man dermalen mit der Schutzwirkung des gebildeten Pigmentes gegen eindringende Lichtstrahlen. Das Pigment liegt aber hauptsächlich in den untersten Epithelschichten und in den obersten Teilen der Papillarschicht. Die Pigmentschicht kann aber nur Gebilde schützen, die innerhalb oder unterhalb derselben liegen, sofern der Reiz von außen kommt. Die obersten, kaum eine Vermehrung des Pigmentes aufweisenden Schichten des Epithels werden nun aber durch eine zweite Insolation nicht mehr gereizt (natürlich innerhalb gewisser Intensitätsgrade der Insolation). Schultz meint daher, es liege nahe, anzunehmen, daß bei der Insolation auch die zuerst beobachteten oberflächlichen Entzündungserscheinungen nicht direkt hervorgerufen, sondern verursacht waren durch die Beeinflussung eines oder mehrerer Gebilde, die in oder unter der Pigmentschicht liegen; es kommen hier in erster Linie Blutgefäße (eventuell die ihre Wandungen versorgenden Nerven) in Betracht. So bestechend diese Anschauung ist, möchte ich dennoch folgendes zu bedenken geben: Es ist a priori nicht anzunehmen, daß die Strahlen wirkungslos die obersten Epithelschichten durchsetzen; die Stoßwirkung der Strahlen muß die Zellmoleküle beeinflussen. Entsprechend den Resonanzbedingungen derselben werden eben Veränderungen geschaffen, die die Nichtansprechbarkeit bei einer zweiten Insolation bedingen; es bedarf also hier keines Pigmentschutzes. Die Reaktion der Papillargefäße und Nerven, die Bildung von beträchtlichen Pigmentmengen in der Papillarschicht ist eben eine in die Augen springende Erscheinung, eine Reaktion gerade dieser Schicht, gefärbt durch ihre spezifisch-biologische Eigenschaft, eine Parallelerscheinung, die nicht in der von Schultz angenommenen Beziehung zur oberflächlichen Epithelschicht stehen muß. Andererseits ist es selbstverständlich, daß zwei unmittelbar ineinander übergehende Gewebsschichten aufeinander Einfluß ausüben, wenn sich ihr biologischer oder chemisch-physikalischer Zustand ändert. So gut wie die Zellen der obersten Epithelschicht sind die der Papillarschicht, Blutgefäße und Nerven, Pigmentzellen bei der ersten Insolation ansprechbar, bei der zweiten unter gegebenen Bedingungen nicht, denn die Resonanzfähigkeit sämtlicher von den Elektronenstößen getroffenen Teilchen hat sich geändert. Die erste Reaktion auf diese mechanische Arbeit, bei der die Moleküle mit der Länge der Lichtwellen gleichsinnige Schwingungen auszuführen hatten, vielleicht bis zu ihrem Zerfalle, bis zur Sprengung chemischer Verbindungen, eventuell unter Entstehung neuer, adäquater Verbindungen, ist abgelaufen; ein stationärer Zustand ist eingetreten; dieselbe Lichtenergie ist nicht imstande, diesen Zustand zu ändern, eben weil er entstanden ist als Gleichgewichtszustand gegenüber der Menge von Energie, die auf ihn eingewirkt hat. Erhöhung der Energie vermag ihn zu ändern. Neuberg teilt in einer hochinteressanten Arbeit aus der allerjüngsten Zeit die Lichtreaktionen für biologische Gesichtspunkte in folgende 5 Klassen ein (hier ist Sonnenlicht oder Licht im allgemeinen gemeint):

1. Momentane Lichtwirkungen.

2. Langsam verlaufende Lichtreaktionen.
3. Lichtwirkungen unter dem Einflusse von Sensibilisatoren.
4. Katalytische Reaktionen des Lichtes.
5. Photochemische Umlagerungen.

Ad 2. Bildung von Wasserstoffsuperoxyd und organischen Peroxyden, Spaltungen oder Synthesen organischer Substanzen, wechselseitige Oxydation und Reduktion.

Ad. 3. Hier spielen insbesondere aktinische Strahlen, blau, violett, eine Rolle in ihrer Beziehung zum Sauerstoff, der bei vielen Sensibilisatorwirkungen die Ursache ist: Pellagra, Buchweizenkrankheit der Tiere.

Ad 4. Zwei an sich nicht lichtempfindliche Substanzen werden bei ihrer Mischung im Lichte photosensibel. Beispiel (Neuberg): Benzoesäure, gemischt mit einer beliebigen Eisenverbindung, wobei sich erstere im Licht (nicht im Dunkeln) in Salicylsäure umwandelt. Eisensalze, Salze des Mangans, Urans und mehrere Schwermetallverbindungen machen in sehr geringen Mengen Eiweißkörper, Fette und Zuckerarten, sowie deren physiologische Umwandlungsstufen hochgradig lichtempfindlich und geben insbesondere bei Belichtung, aber auch im zerstreuten Tageslichte nach Art der Fermente zur Entstehung besonders reaktionsfähiger Spaltungs- und Abbauprodukte Anlaß. Nach demselben Autor (Neuberg) wirkt übrigens der elektrische Strom im Prinzip ähnlich, eine Tatsache, die in der elektromagnetischen Lichttheorie ihre Erklärung findet. Wir hätten hiermit auch eine Reihe von biologischen Wirkungen des elektrischen Stromes aus dem Reiche der Hypothese auf reellen Boden gestellt. Die mineralischen Katalysatoren dürften auch eine nicht zu unterschätzende Rolle in der Mineralwasserwirkung spielen. Hierher gehört auch die Bakteriologie des Lichtes.

Ad 5. Umlagerung, Isomerisation, Polymerisation, intramolekulare Sauerstoffverlagerungen. Die Reaktionen sind zum Teil reversibel, d. h. im Dunkeln, manchmal aber auch durch weitere Belichtung wird das Ausgangsmaterial aus dem Umwandlungsprodukte zurückgebildet. Phototropie, eine Aenderung der Farbe, die, durch kurzwellige Strahlen hervorgerufen, im Dunkeln oder durch langwelliges Licht wieder rückgängig gemacht wird. Durch weitere Bestrahlungen mit weißem Lichte können Endprodukte entstehen, die nicht mehr lichtempfindlich und vom Ausgangsmaterial völlig verschieden sind.

Neuberg weist darauf hin, daß die Balneotherapie in gewisser Hinsicht eine Lichttherapie ist, indem bei Trinkkuren Mineralstoffe in den Körper eingeführt werden, die Sensibilisatoren sind und als solche Stoffe unseres Körpers, Proteine, Kohlenhydrate, Fette und deren physiologische Umwandlungsprodukte, lichtempfindlich machen. Mayer fand, daß ein schwach alkalisches Wasser, dessen Stärke etwa dem Karlsbader Sprudel entspricht, im Lichte die Zerstörung des Zuckers begünstigt (Diabetes).

Nach Neuberg kann sich bei den Photokatalysen eine Aenderung in der Reaktion des Milieus einstellen. So wird aus den neutralen Aminosäuren unter Belichtung in Gegenwart einer Spur Eisensalz das starke Alkali Ammoniak frei, umgekehrt verlieren Säuren, wie Milchsäure, durch Umwandlung in Aldehyd ihre Acidität, colloidale Körper werden in diffusible übergeführt, Reaktionen, die den Stoffwechsel von belichteten Zellen völlig ändern können. Da negativ geladene Körper von ultravioletten Strahlen entladen werden, können auch Aenderungen in der elektrostatischen Ladung auftreten. Biologisch bedeutsam können auch photoelektrische Ströme werden.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung für physiologische, wie pathologische, therapeutische Vorgänge im Organismus sind die photochemischen Nachwirkungen, Vorgänge, die durch Belichtung ausgelöst werden und lange nach Beendigung der Bestrahlung weiterwirken; sie werden wahrscheinlich durch einen Katalysator hervorgerufen, der im Lichte gebildet wird und dann beständig ist.

Von verschiedenen Autoren wurde das Spektrum in bezug auf seine baktericide Wirkung in seinen verschiedenen Teilen untersucht und man fand, daß die ultraroten, roten und gelben Strahlen ganz unwirksam sind und daß nur die am stärksten brechbaren ultravioletten Strahlen das Leben der Bakterienzellen zu vernichten vermögen. Diese im allgemeinen unanfechtbare Tatsache erklärt allerdings nicht die gute Wirkung der Dunkel- oder Rotbehandlung bei Scharlach, insbesondere aber bei Variola. Was wird hier durch die Abhaltung entweder aller Strahlen (Dunkelbehandlung) oder durch die Belichtung mit nur rotem Lichte bewirkt? Finsen zog bei der Anpassung der biologischen Wirkung des Lichtes an pathologische Prozesse vor allem zwei Momente in Betracht: 1. die irritierende Wirkung der chemischen (blauen, violetten und ultravioletten) Strahlen des Lichtes, 2. die schädliche oder vernichtende Beeinflussung des Wachstums von Bakterien. Durch Ausschaltung der irritierenden Wirkung der chemischen Lichtstrahlen erzielten Finsen und seine Schüler nach Angaben der Literatur (Freund) einen außerordentlich milden Verlauf bei den echten Blattern, vermieden Eiterung, Eiterfieber, Pustelbildung, Narbenbildung. Das Verfahren bestand einfach darin, daß die Fensterscheiben des Krankenzimmers durch dunkelrotes Glas ersetzt wurden und daß der Kranke mit peinlichster Konsequenz bis zur Abtrocknung aller Bläschen im roten Zimmer belassen wurde. Man hat die Behandlung mit Rotlicht auch bei Impfung empfohlen, impfte in der Dunkelkammer bei rotem Lichte und verband die Impfstelle lichtdicht. Tatsächlich treten bei diesem Vorgehen um die Impfpusteln keine entzündlichen Reaktionen und keine Drüsenschwellungen auf. Aber es haben sich Bedenken gegen diese Methode erhoben, „weil die Schutzpockenimpfung (Freund) eine Infektion des Impflings bezweckt, welche nur mit entzündlichen Reaktionserscheinungen einhergeht und dann eine Immunität des Geimpften auf die Dauer von 10 Jahren zur Folge hat. Wo diese übrigens gar nicht so arge entzündliche Reaktion fehlt, dort tritt auch keine ordentliche Immunisierung ein.“ Vergleichen wir diese Angaben der Literatur, so sehen wir, daß sie zueinander scheinbar im Widerspruch stehen. Wenn tatsächlich nur die kurzwelligen Strahlen baktericide Wirkungen entfalten können, dann kann die Beeinflussung der anerkannt bakteriellen Variola nicht auf Bakterientötung des Rotlichtes beruhen. Handelt es sich vielleicht nicht um eine positive Wirkung des roten Lichtes, sondern um das negative Moment der Ausschatlung der zwar baktericiden kurzwelligen, aber „irritierenden“ Strahlen? Ist die bei der Impfung entstehende Entzündung in der Umgebung der Pusteln (die ja auch im Dunkel und bei Rotlicht entstehen) das Produkt aus spezifischer Infektion und der Wirkung kurzwelliger Strahlen? Ist dem so, dann können wir den Vorgang als Sensibilisatorwirkung auffassen, bei der entweder das Virus selbst oder eine zur Zeit der Infektion dem Körper oder dem Virus angehörende Substanz, eventuell in Verbindung mit demselben, die Rolle eines Sensibilisators (im lichtchemischen Sinne) spielt, so daß der Körper lichtempfindlich gegen kurzwellige Strahlen wird. Alle diese Momente zusammen würden dann bei Variola überhaupt zur Erkrankung, weiter zur Auslösung der Entzündungs- und Immunitätsvorgänge als katalytische, synthetische, kurz biochemische Reaktionen führen. Dasselbe würde für Scharlach und Masern gelten. Ist die Anwesenheit eines Sensibilisators Bedingung für die Auslösung des Prozesses, dann wäre derselbe dasjenige, was wir bei der Infektion Disposition nennen, die wir ja in vielen Fällen oft wirksamer finden, pathogener als das eigentliche Virus selbst. Die Therapie und vor allem die Prophylaxe hätten demnach nicht bloß das Virus, sondern auch Sensibilisatoren zu beachten, was bisher meines Wissens nicht geschehen ist; man hat sich mit dem „Begriffe“ Disposition begnügen müssen.

Zur objektiven Beurteilung derartiger Vorgänge darf man aber nicht vergessen, daß die baktericide Wirkung der ultravioletten Strahlen sicherlich auch abhängig ist einerseits von der Intensität der Bestrahlung, andererseits von der Resonanzfähigkeit, von der Art, den Eigenschaften der Bakterien, daß die Möglichkeit der Auslösung biologischer Vorgänge nicht durch Zusammentreffen von ultravioletten Strahlen (oder Strahlen überhaupt) und Medium schlechtweg bedingt ist, sondern daß sie ganz allgemein abhängig ist von der Intensität der Bestrahlung und der Resonanzfähigkeit des Mediums. So wird z. B. durch intensive Bestrahlung nicht Proliferation von Zellen, sondern Nekrose hervorgerufen, während umgekehrt dieselbe Strahlengattung bei verminderter Intensität nicht Nekrose, sondern Belebung zur Folge hat.

Cernovodeanu und Henri studierten in vitro die Wirkung der Ultraviolettstrahlen auf Immunkörper und Antigene und fanden, daß das Tetanustoxin zerstört werden könne. Nogier zeigte, daß man zu diesem Zwecke die Tetanustoxinlösungen verdünnen müsse, weil diese als Bouillonkulturfiltrate Peptone und Albumosen, also colloidale Substanzen enthalten, deren Teilchen selbst in der Lösung eine bedeutende Größe besitzen und aus diesem Grunde, sowie wegen ihrer Undurchlässigkeit als Lichtschirme fungieren, welche ein tieferes Eindringen der Strahlen in die exponierten Flüssigkeitsschichten verhindern, falls man ihre Zahl nicht durch Verdünnung reduziert (Doerr, Moldovan). Auch auf das Komplement des Normalserums, auf Ambozeptoren, Agglutinine und Antitoxine der Immunsera übt das Ultralicht eine Wirkung aus in der Weise, daß diese Körper bei intensiver Bestrahlung zerstört werden (in vitro) können, wobei der vollständigen Destruktion ein Stadium vorausgeht, in welchem sich die Abschwächung meist durch eine Verzögerung der spezifischen Funktion zu erkennen gibt.

Baroni und Jonesco-Mihaiesti sind beim Studium der ultravioletten Strahlen in bezug auf ihre Einwirkung auf artspezifisches Eiweiß zu dem Resultate gekommen, daß bestrahltes (die Intensität der Bestrahlung fand ich in dem mir zugänglichen Aufsatze nicht näher angegeben) Pferdeserum aktiv anaphylaktisierten Meerschweinchen ohne Schaden injiziert werden konnte, daß es „atoxisch" geworden war, während sein Gehalt an präzipitabler Substanz keine Abschwächung, sondern eine Zunahme erfahren hat. Die Autoren, so berichtet Doerr, schließen daraus, daß es sich hier um zwei verschiedene, durch Licht isolierbare Eigenschaften artfremder Seren, d. h. der darin enthaltenen Eiweißantigene, handeln müsse und trennen die „toxische" Wirkung auf das sensibilisierte (im serologischen Sinne) Tier (das Antisensibilisin Besredkas) prinzipiell von der präzipitablen Substanz. Eine sehr lange Bestrahlung von Pferdeserum führte schließlich zur Vernichtung auch der spezifischen Präzipitabilität, wobei in der gleichen Zeit auch das sensibilisierende (anaphylaktogene) Vermögen eine Reduzierung erfuhr. Aehnlich verliefen auch Bestrahlungsversuche mit Tuberkulin. Diese Resultate ließen sich mit anderen Ergebnissen der Immunkörperforschung nicht in Einklang bringen. Denn Doerr, Friedberger, Moldovan, Russ vertraten auf Grund ihrer Forschungen die Ansicht, daß das Eiweißantigen und seine biologischen Funktionen einheitlicher Natur seien und daß es theoretisch nicht gerechtfertigt sei, im artfremden Eiweiß Präzipitinogene, Anaphylaktogene, Ambozeptorantigene, toxische Substanzen (Antisensibilisine) als besondere koexistierende Körper zu unterscheiden, während obige Versuche eine ungleichmäßige Beeinflussung der „Toxicität" einerseits, d. h. des Vermögens artfremder Sera, beim anaphylaktischen Tiere Symptome zu provozieren, der Präzipitabilität und sensibilisierenden Wirkung andererseits ergaben, somit die Theorie von der Einheitlichkeit des Eiweißantigens und seiner biologischen Funktionen erschütterten.

Doerr und Moldovan kamen bei Bestrahlung derjenigen Körper, welche wir als die Träger der Immunitätsphänomene betrachten, zu dem Resultate, daß dieselben im allgemeinen eine Denaturierung erfahren, wenn sie in vitro der Einwirkung des Kromayerschen Quarzlampenlichtes bei entsprechender Verdünnung und beträchtlicher Intensität der Belichtung ausgesetzt werden. Im einzelnen fanden sie, daß bei normalen Seris die spezifische Präzipitabilität und das anaphylaktische Vermögen verschwindet, daß bei Antiseris das präzipitierende wie das passiv anaphylaktisierende Vermögen schwinde, daß die Abschwächung der antigenen Eigenschaften der Normalsera und der Immunfunktionen der Immunsera für Präzipitation und antaphylaktische Reaktion völlig gleichmäßig erfolge, wenn man außer den absoluten Werten die Reaktionsgeschwindigkeit in Betracht zieht. Die beiden Autoren konnten bei anaphylaktisierten Tieren durch Reinjektion bestrahlten Serums die Symptome der Antianaphylaxie erzeugen, woraus sie schlossen, daß unter bestimmten Voraussetzungen entsprechend der spurweisen Präzipitation Antigenreste im bestrahlen Serum erhalten blieben.

Die „künstliche Höhensonne" (Quarzlampengesellschaft in Hanau a. M. Erzeugerin) ist eine Modifikation der Kromayerschen Quarzlampe nach Dr. Bach-Nagelschmied und dient sowohl zur Lokalbestrahlung als auch zur Gesamtbestrahlung des Körpers. Entsprechend den obigen Ausführungen ist ihr Indikationsgebiet ein weit ausgedehntes, sowohl als selbständiges Therapeuticum als auch zur Unterstützung anderweitigen therapeutischen Vorgehens.

In der Chirurgie: Bei chirurgischer Tuberkulose, Fisteln aller Art, schlecht heilenden Geschwüren, Ulcus cruris, eiternden Wunden, Lipomen, Furunkulosis, Verbrennungen, Hämatomen etc., soweit nicht streng chirurgische Indikationen vorliegen.

In der internen Medizin: Stoffwechselstörungen aller Art, Chlorose, Anämie, Leukämie, bei erhöhtem Blutdruck, Arteriosklerose, Herzerkrankungen, Nierenleiden, Leberleiden, Fettsucht, Tuberkulose der Lungen, des Bauchfells, der Mesenterialdrüsen (ich verfüge über ein glänzendes Resultat auf diesem Gebiete), chronische Verstopfung, überhaupt chronischen Magen-Darmstörungen, bei denen sich der Appetit oft schon nach 5 bis 10 Bestrahlungen zugleich mit dem Allgemeinbefinden derartig hebt, daß die Patienten, die zuvor jede Nahrungsaufnahme bis auf geringe Mengen verweigern, oft einen wahren Heißhunger zeigen; dementsprechend Gewichtszunahme (ich erlebte bei einer Patientin mit Apicitis links, tuberkulöser Peritonitis und Genitaltuberkulose im zweiten Monate der Bestrahlungskur nicht nur Abnahme der Symptome, sondern auch Gewichtszunahme von wöchentlich 1 kg, und im Verlaufe der nächsten Monate Heilung und Gewichtszunahme bis zu 8 kg). Neuralgie, Ischias, Gicht, Diabetes, Neurasthenie, Agrypnie, Hysterie, Rachitis, Osteomalacie, gewöhnlicher Bronchialkatarrh, Schnupfen, Heuschnupfen, Keuchhusten, Rheumatismus gehören desgleichen ins Indikationsgebiet der „künstlichen Höhensonne"; dabei ist nicht zu vergessen, daß Ozoninhalation mit der Bestrahlung Hand in Hand geht.

Gynäkologie: Menstruationsbeschwerden, wie Kreuzschmerz, übermäßige Menstruation, Fluor albus, Uterusmyome und durch dieselben verursachte Metrorrhagien analog der Röntgenwirkung in gewissem Sinne. Hier bewährten sich Bestrahlungen des Abdomens, der Kreuzgegend und der Portio durch die seitliche Lampenöffnung und Spekulum, Portioerosionen, Cervixkatarrhe, Scheidenkatarrhe (auch Colpitis granularis bei Gonorrhoe, sowie diese selbst) heilen in kurzer Zeit. Bei Gonorrhoe kommt die baktericide Wirkung gleichzeitig mit der die Gonokokken vernichtenden Wärmewirkung in Betracht; man bestrahlt zu diesem Zwecke, nachdem man vorher die Scheide und Portio mit H_2O_2 gereinigt hat, aus einer Entfernung von 12—16 cm (Rand der seitlichen Lampenöffnung bis zum Scheideneingang gemessen) 1—6 Minuten, wobei die Umgebung sorgfältig abgedeckt wird. Portioerosionen, die sich gegen jede andere Therapie refraktär verhielten, heilten nach 6 Bestrahlungen mit festem Epithel ab; dabei wurde stets Abdomen, sodann Kreuzgegend und schließlich die Portio in jeder Sitzung bestrahlt. Die Wirkung ist lokal wie allgemein. Der Uterus-Cervixkatarrh heilt ab, Fluor vermindert sich und schwindet, die „epithelverhornende" Wirkung der Bestrahlung schafft kräftiges Portioepithel. Die Bestrahlung ist in dieser Hinsicht dem Lapisstifte überlegen.

In der Okulistik: Chronische, lang bestehende Formen von Conjunctivitis, Aufhellung von Cornealtrübungen, Pannus, Katarakt, Ektropium (natürlich soweit keine anderen Indikationen vorliegen und unter äußerster Vorsicht).

Dermatologie und Geschlechtskrankheiten: Lupus, oberflächliches Cancroid, Lipom, Naevus vasculosus, Alopecia areata, Acne vulgaris, Acne rosacea, Ekzeme (unter vorsichtiger Auswahl und Technik), akute und chronische Gonorrhoe (beim Weibe mit künstlicher Höhensonne ausführbar, beim Manne spezielle Quarzstäbe), Frostbeulen, hartnäckige syphilitische Geschwüre (selbstverständlich spezifische Behandlung) und Affektionen, die der gewöhnlichen allgemeinen und lokalen Therapie trotzten, heilten ab (Psoriasis linguae). Intertrigo, Erythrasma, Ulcus cruris, Psoriasis, Eccema seborrhoicum psoriasiforme, Defluvium capillorum, Pigmentmäler, Naevus flammeus; Vitiligo wurde auch behandelt, und es bedeckten sich die pigmentfreien Gebiete mit ziemlich regelmäßig angeordneten Pigmentflecken, während sich die pigmentierten Partien bis auf punktförmige Inseln entfärbten; doch war dieses Pigment nicht von Dauer, da es im Gegensatze zum normalen großenteils extrazellulär liegt und daher durch die Lymphe leicht aufgesaugt wird.

Die Technik der Bestrahlung richtet sich entsprechend der beabsichtigten Wirkung nach den biochemischen Veränderungen, welche die Strahlen je nach Intensität hervorrufen. Es lassen sich demnach auch keine allgemein gültigen Regeln aufstellen. Als oberster Grundsatz gilt Vorsicht. Bei Allgemeinbestrahlungen: 1. Bestrahlung aus 70 cm bis 1 m Entfernung je 3 Minuten Rückenseite und Vorderseite, 2. Bestrahlung gleiche Entfernung 5 Minuten. Später um 1—3 Minuten pro Sitzung steigend und die Entfernung allmählich bis auf 40 cm herabsetzend, bestrahlte ich Rückseite und Vorderseite je 20 Minuten ohne nachträgliche Störungen an der Haut. Bestrahlt wird in der Regel jeden vierten Tag. Als Hautreaktion tritt das bekannte Erythem auf, doch nur im Anfange; nach einigen Bestrahlungen bräunt sich die Haut und wird gegen weitere Bestrahlungen unempfindlich, vorausgesetzt, daß die Intervalle etwa acht Tage nicht übersteigen. Bleiben längere Zwischenräume, so tut man gut, tastend vorzugehen. Bei Ekzem bestrahlt man aus einer Entfernung von 40 cm 1 Minute das erste Mal, um, wenn nötig, unter Verringerung der Entfernung allmählich auf 5 Minuten (meist reichlich genug) bei 20 cm bis 10 cm Entfernung zu gehen (Vorsicht!); Lipome bestrahlt man aus 20 cm Entfernung das erste Mal mit 3—5 Minuten, später je nach der Reaktion länger und näher bis auf 2 cm von der seitlichen Lampenöffnung. Bei Cancroiden und lupösen Erkrankungen hat man die Mitte zu halten zwischen nekrotisierender (Cancroid- bezw. Lupuszellhaufen) und proliferationserregender (Narbengewebe) Wirkung, doch eher intensiver als zu schwach bestrahlen. Hat man das Gesicht zu behandeln, etwa bei Akne, Rhagaden, Ekzem etc., so beginnt man mit 1 Minute auf 50 cm Entfernung und steigt von 3 zu 3 Tagen um ½ Minute bei gleichbleibender Entfernung bis zu 3 Minuten als gewöhnliche Höchstdosis, die man natürlich bei gegebener Indikation entsprechend überschreiten kann. Die Augen sind dabei durch einfachen Lidschluß zu schützen. Bei Gesamtbestrahlungen des Körpers schützt man Gesicht und Augen durch schwarzes Tuch. Genitalien sind beim Manne ebenfalls für gewöhnlich zu decken; beim Weibe ist dies nicht nötig. Bei Behandlung der Conjunctiva, der Lider und des Bulbus hat man die Cornea sorgfältig zu schützen, insofern sie nicht mitbehandelt werden soll. Dabei hat man zu beachten, daß die Expositionszeit bei 50 cm Entfernung bei der ersten Bestrahlung 5 Sekunden nicht übersteigen soll; bei weiteren Sitzungen erhöht man die Zeit von 5 zu 5 Sekunden und nähert sich, wenn nötig, auf 40 bis 20 cm. Etwaige stürmische Reaktionen sind durch Einträufeln einer 2 proz. Kokainlösung, eventuell in Kombination mit kühlen Umschlägen, leicht im Zaume zu halten.

Auf die Wirkungen beziehungsweise deren Erklärung bei den verschiedenen Erkrankungen hier einzugehen, erübrigt sich meines Erachtens, da sie aus den obendargestellten physikalisch-chemisch-biologischen Eigenschaften der verwendeten Strahlen hervorgeht, also deren neuerliche Besprechung eine Wiederholung bedeuten würde.

Arzt und Wartepersonal sollen Augen durch Euphosgläser, Hände durch schwarze Handschuhe schützen.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Dr. **Curt Serog**, Assistent am pathol. Institut des städt. Krankenhauses zu Wiesbaden: **Zur Disposition der Lungen für Tuberkulose.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Die wichtige Rolle, welche Immunität einerseits, Disposition andererseits bei Infektionskrankheiten spielen, wird heute wieder scharf hervorgehoben. Von besonderem Interesse sind hier solche Fälle, wo wir die anatomische Grundlage der „Disposition" erkennen können. Die besten Beispiele der Art finden sich auf dem Gebiete der verbreitetsten unserer Infektionskrankheiten, der Lungentuberkulose. Zu nennen sind z. B. schmalgebauter Thorax, vorangegangene Infektionskrankheiten, wie Masern, ferner Traumen, Diabetes, Anämie, sogen. Hypoplasie des Gefäßsystems usw. In neuerer Zeit hat nun besonders die von Freund zuerst verfochtene, dann durch Birch-Hirschfeld, Schmorl und namentlich Hart durch Sektionsbefund erhärtete Theorie von der individuellen, durch Stenose der oberen Brustapertur mechanisch bedingten Disposition der Lungenspitze des Menschen für die Tuberkulose sich immer mehr Anerkennung verschafft. Experimentell bestätigt wurde sie durch die Versuche Bacmeisters, welcher an Kaninchen den Beweis erbrachte, daß in den durch ein Drahtnetz am Wachstum gehinderten oberen Lungenteilen sich eine Schädigung der respiratorischen Funktion sowie eine Behinderung der Blut- und Lymphzirkulation einstellt. Dann zeigte er, daß in diesen Lungenteilen bei Infektion mit Tuberkelbacillen in gesetzmäßiger Weise eine isolierte Spitzentuberkulose auftritt. Nun können diese Bedingungen, die von Bacmeister beim Tier künstlich durch das Drahtnetz hervorgerufen wurden, beim Menschen außer bei den Freundschen Thoraxanomalien, denen diese Versuche nachgeahmt sind, auch auf andere Weise auftreten. Dies ist z. B. der Fall, wenn durch Thoraxdeformitäten, einen Tumor oder geschwollene bezw. käsig infiltrierte Bronchiallymphdrüsen oder besonders ein Aneurysma die eine Lunge in ihrer respiratorischen Funktion gehindert wird und eine Behinderung der Blut- und Lymphzirkulation eintritt. Da die Infektionsmöglichkeit mit Tuberkelbacillen in den meisten Fällen gegeben ist, so müßte daraus eine einseitige und, wie bei Thoraxdeformitäten usw., einen atypischen Sitz einnehmende Lungentuberkulose entstehen. So berichtet J. Perkins von einem Carcinom im Mediastinum, das den rechten Bronchus zusammendrückte; in den komprimierten und kollabierten Lungenpartien haben sich tuberkulöse Herde gebildet. Fraenkel stellte am 6. Dezember 1897 im Berliner „Verein für innere Medizin" einen Fall vor, bei dem ein Aneurysma der linken Pulmonalarterie auf den den linken Oberlappen versorgenden Bronchus drückte und sich in diesem eine ausgebreitete käsige Tuberkulose zeigte, während die übrigen Lungenteile vollständig frei waren. Ferner wird von Voorhoeve über einen Fall berichtet, bei dem ein Aneurysma den linken Bronchus arrodiert hatte und sich Tuberkulose in der linken Lunge fand. Man muß selbstverständlich annehmen, daß vor der Arrosion eine Kompression des Bronchus stattgefunden hat. Aber die Veröffentlichung solcher Fälle findet sich so spärlich in der Literatur, daß Verf. es für angebracht hält, über zwei einschlägige Fälle zu berichten, die er in der letzten Zeit beobachtete. In diesen zwei Fällen schaffte Druck auf einen Bronchus die Disposition der Lunge zur Tuberkulose und damit Erkrankung an dieser. Diesen Fällen fügt er einen dritten Fall an, in welchem nicht Tuberkulose, aber auch eine einseitige direkt auf die Kompression zu beziehende Affektion die Folge war. Verfassers Beobachtungen erbringen wiederum den Beweis, daß jede Funktionsschädigung, wie sie Bacmeister experimentell durch das Drahtnetz erzeugte, wie sie die Freundsche Schule in der krankhaften Veränderung des ersten Rippenknorpels sieht, wie sie in Verfassers Fällen durch das den Bronchus komprimierende Aneurysma oder den Tumor erzeugt wurde, daß jede solche Funktionsschädigung die Disposition der Lungen zu Erkrankung an Tuberkulose in hohem Grade vermehrt. Verf. findet es somit bestätigt, was Hart am Schlusse seiner Untersuchungen über die Grundlagen der Disposition der Lungen zu tuberkulöser Erkrankung feststellt, daß mechanisch-funktionelle Verhältnisse, die Störungen der Ventilation, Blut- und Lymphzirkulation in den Lungen hervorrufen, die Hauptrolle bei der Disposition zur Lungentuberkulose spielen. Kr.

Privatdozent Dr. **Hugo Raubitschek** (Czernowitz): **Zur Frage einer spezifisch-diagnostischen Reaktion bei Pellagra.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Seine experimentellen Untersuchungen und klinischen Beobachtungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen: Im strömenden Blut wie in den Organen Pellagröser sind mit unseren momentanen bakteriologischen Methoden spezifische Keime nicht nachzuweisen. Speziell das Blut Pellagröser erweist sich, mit unserer heutigen kulturellen Technik untersucht, ausnahmslos als keimfrei. Im Serum pellagröser Individuen kommen keinerlei Antikörper oder Stoffe vor, die, mit unseren gegenwärtigen serologischen Methoden geprüft, spezifisch für Pellagra wären. Die Pellagra hat eine photodynamische Aetiologie, da diese Erkrankung hervorgerufen wird durch eine einseitige Ernährung mit Mais guter oder schlechter Qualität, die aber erst unter dem Einfluß des Sonnenlichtes ihre deletären Wirkungen entfaltet. Es ist möglich, daß auch durch andere Nahrungsmittel (Reis, Hirse etc.) unter dem Einfluß des Sonnenlichtes ähnliche Erkrankungen hervorgerufen werden. R. L.

Prof. Dr. **J. Pal** (Wien): **Die Atmungsstörungen der Urämischen.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 50.)

Im Verlaufe der Nephritis begegnen wir ihrem Wesen nach differenten Störungen der Respiration. Sehen wir von der durch die Erkrankung des Herzmuskels bedingten Kurzatmigkeit ab, so gehören die wichtigsten von ihnen zur Urämie. Merkwürdigerweise finden sie selbst in den Monographien der Nephritis keine entsprechende Würdigung. Es fehlt namentlich eine übersichtliche Zusammenfassung der respiratorischen Phänomene, obgleich eine genaue Kenntnis dieser Symptome wichtig und wertvoll ist. Nicht selten bilden sie das erste Signal der einsetzenden Urämie oder führt das Auftreten einer Atmungsveränderung zur Aufdeckung einer bis dahin nicht erkannten nephritischen Erkrankung. Mit der Feststellung der



Seit vielen Jahren trefflich bewährt.
Vollkommen unschädlich. Aerztlich empfohlen.
Promptest wirkend.
Reichenhaller Asthma Pulver
In den Apotheken



Reizlos
Pflanzlichen Ursprungs
Mechanisch wirkend
muss ein Darmreinigungsmittel sein, wenn es
„dauernd" vertragen werden soll.
„REGULIN"
D. R. P. Wortmarke
in Schuppen — in Tabletten — in Biskuitform.
E. D. H.
Chemische Fabrik Helfenberg A. G. vorm. Eugen Dieterich, Helfenberg (Sachsen).



Varicosan-Binde
varix sanare
gebrauchsf. einfach. billiger Verband bei Unterschenkelgeschwüren.
Max Kermes G.m.b.H. Hainichen (Sachsen)
Fabrik der ärztl. bevorzugten Verbandstoffe „Marke Kerma".

nephritischen Grundlage der respiratorischen Störung ist aber nicht alles getan. Es ist ebenso wichtig, auch die Art dieser Störung genau festzustellen, weil dies in therapeutischer Beziehung maßgebend sein kann. Rücksichtlich der näheren Bezeichnung und Deutung der dyspnoischen Zustände bei Urämischen gibt es noch vielfach widersprechende Ansichten. Während von den einen die Dyspnoe der Urämischen summarisch als Asthma bezeichnet wird, werden von anderen unverkennbar divergente Atmungsphänomene als „Asthma uraemicum" beschrieben. Im besonderen gilt noch als Hauptmoment der Diskussion die Frage, ob es ein echtes Asthma uraemicum sc. bronchiale oder nervosum gibt. Verf. hat im Laufe der Jahre ein umfangreiches Material über Urämie gesammelt. In vorliegender Arbeit skizziert er die Arten der urämischen Dyspnoe übersichtlich. Die wichtigsten Formen der Atmungsstörungen, denen wir bei Urämischen begegnen, sind: 1. die mit dem urämischen Zustand in unmittelbarem Zusammenhange stehenden — subakuten — Formen: die laute und die große Atmung, ferner das Cheyne-Stokessche Phänomen; 2. die mit der Toxämie in mittelbarer Beziehung auf dem Wege der kardiovaskulären Vorgänge stehenden — akuten — Formen: die paroxysmale kardiale Hochspannungsdyspnoe und die paroxysmale cerebrale Hochspannungsdyspnoe. Sie sind beide Produkte der akuten Hochspannung. Die kardiale Form tritt ein, wenn durch die hohe Spannung der linke Ventrikel relativ insuffizient wird. Die andere ist die Folge exzessiver hoher Spannung bei arbeitsfähigem Herzen. Alle bei den Urämischen auftretenden Atmungsphänomene sind nicht absolut urämische Phänomene. Sie können daher auch als „urämisch" nur dann angesprochen werden, wenn die anderweitigen Merkmale dafür sprechen. Prognostisch sind namentlich die der ersten Gruppe die infausteren. Sie lassen sich meist nur durch allgemeine, gegen das Grundleiden gerichtete Maßnahmen bekämpfen, und daher sind die Aussichten auf ihre Beseitigung geringer. Die Erscheinungen der zweiten Gruppe sind zwar sehr stürmisch, sie sind im wesentlichen aber mechanische Effekte und sind daher auch durch entsprechende Gegenmaßnahmen (Aderlaß, Lumbalpunktion, druckentlastende Medikation usw.) zu beseitigen. Kr.

Chirurgie.

P. Sick (Leipzig): **Erfahrungen über aseptische und antiseptische Wundbehandlung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Wie Verf. ausführt, gibt es keine volle Asepsis der Operationswunden und der umgebenden Haut, auch bei der Heilung per primam; man braucht antiseptische Maßnahmen für die Ligaturen (Jodkatgut, Sublimatseide), nimmt besser statt durchgreifender Hautzwirnnähte Michelklammern; ferner ist es nützlich, ein nicht reizendes austrocknendes Antisepticum (besonders empfehlenswert ist Noviformgaze), wenigstens an unsicheren Stellen, auf die Nahtlinie luftdurchlässig zu fixieren. Dagegen sind die früher verwendeten antiseptischen Spülungen oder gar antiseptische Puderung frischer Wunden schädlich. Ganz anders verhalten sich ältere Wunden von 8—10 Stunden an, ferner infizierte Wunden und Entzündungsherde; sie schließen sich durch einen natürlichen Schutzwall von hyperämischem, in Quellung und Zellteilung befindlichem Gewebe vom übrigen Organismus ab; die Eiterbakterien durchdringen diesen Wall so schwer wie die Aetzmittel. Die passenden Antiseptica können daher lokal und am besten in Dauerwirkung eine Abnahme der Virulenz und eine Wachstumshemmung der Infektionserreger herbeiführen. Typisch wirkt in dieser Weise auf infizierte Wunden und Phlegmonen eine Art „Mikulicztamponade"; die Wunde wird mit einer Lage Jodoformgaze, die tagelang liegenbleibt, austapeziert, darüber kommt aseptischer Mull, der bei starker Sekretion täglich ausgewechselt wird. Hierdurch wird ein Saftstrom aus dem Körpergewebe in die Wundoberfläche angeregt, das Sekret wird von den oberen, auswechselbaren Mulllagen aufgesaugt, durch Entfernung oder schon durch Eintrocknen unschädlich gemacht, während von unten stets neue Schutzkräfte nachrücken. Die Wundbakterien werden so zwischen zwei Feuer genommen und, von wenigen bekannten Ausnahmen abgesehen (Tetanus, Rotz, Lyssa) wird ihre Wirksamkeit als Infektionserreger vernichtet. Für verschiedene Arten der Infektion und die wiederum verschieden reagierenden Gewebe sind auch eine Anzahl im Einzelfall mehr oder weniger spezifisch wirkender Antiseptica notwendig; in praxi kommt man wohl mit dem stärkeren Jodoform oder Isoform (auch Vioform) und dem milderen Wismutpräparat Noviform aus. Es muß von Fall zu Fall durch Beobachtung und zunehmende praktische Erfahrung entschieden werden, welches Antisepticum die Wundheilung am sichersten unterstützt und nach keiner Richtung schadet. R. L.

T. Todyo: Beitrag zur Pathogenese der sogenannten spontanen Gangrän. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 3.)

Acht Fälle von operativ behandelter Fußgangrän werden mitgeteilt, die vom Verf. nach dem mikroskopischen Untersuchungsbefund in drei Formen gegliedert werden: 1. solche, bei denen das Gefäßlumen durch alte Veränderungen verengt war und wo die letzte Thrombose die Restlumina verlegte und so den Tod des Gliedes herbeiführte (fünf Fälle); 2. zwei Fälle akuter Gangrän im Anschluß an Pneumonie und Beriberi, wo die Gangrän eintrat, bevor der Thrombus sich organisieren und kanalisieren konnte; 3. ein Fall seniler Gangrän, wo trotz weiter, ja dilatierter Gefäßlumina diese durch einen zirkumskripten Thrombus obturiert wurden und letzterer infolge mangelnder Ventrikelkraft und Kontraktionsschwäche der Gefäßwand die Blutzufuhr behinderte.

Den beiden bekannten Meinungen über die Pathogenese der spontanen Gangrän — Endarteriitis obliterans und Angiosklerose — fügt Verf. seine neue hinzu: Intimaverdickung durch Organisation dünner, wandständiger Thromben. Befallen wird von der Erkrankung in erster Linie die Intima und zwar hauptsächlich der großen arteriellen Gefäße (A. femoralis). Die Venen zeigen identische Veränderungen geringeren Grades.

Die Frage nach der Aetiologie wird von T. offengelassen; die Form der Thromben scheint abhängig zu sein von der Art der Gefäßveränderung. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **W. Böcker** (Berlin): **Ueber die herdförmige Tuberkulose der Extremitätenknochen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Die herdförmige Tuberkulose der Knochen ist häufig und hat ihren Sitz vorwiegend in der Nähe der Gelenke und führt in der überwiegenden Zahl der Fälle zur tuberkulösen Erkrankung der Gelenke. Klinisch macht sich diese tuberkulöse Ostitis gewöhnlich erst bemerkbar, wenn sich ein Absceß unter dem druckschmerzhaften Periost gebildet hat oder in das Gelenk durchgebrochen ist. Die Röntgenstrahlen dagegen lassen schon zu einer Zeit selbst kleine Herde entdecken, wo sonst nur unbestimmte schmerzhafte Empfindungen einen Herd vermuten lassen. Was die Behandlung anlangt, so hält Verf. bei einem intrakapsulär gelegenen Herd das operative Vorgehen wegen einer eventuellen Infektion des Gelenks und vor allem, weil er unter konservativer Behandlung abgekapselt werden und ausheilen kann, erst dann für indiziert, wenn Knochensequester und Knochenzerstörungen mit und ohne Fistelbildung infolge langanhaltender Eiterungen und Mischinfektionen mit hektischem Fieber das Leben des Patienten gefährden. Dies gilt auch bei Amyloid, Nephritis und schwerer intestinaler Tuberkulose, vorausgesetzt, daß der Allgemeinzustand einen operativen Eingriff noch zuläßt. Dagegen sind die isolierten extraartikulären oder extrakapsulären Herde die Domäne schnellen operativen Vorgehens. Verf. berichtet in der vorliegenden Arbeit über drei Fälle, in denen es sich um solche anscheinend extrakapsulären Herde handelte. Der erste Fall betraf einen solchen bei einem Rezidiv einer ausgeheilten Coxitis; der Sequester ließ sich nach Aufmeißelung des Femur in toto herausnehmen, wobei es sich zeigte, daß der Käseherd mit dem Gelenk in Verbindung stand. Darauf wurde die Höhle mit Jodoformglyzerin angefüllt und die Wunde durch Naht geschlossen; primäre Heilung, die noch nach zwei Jahren besteht. In einem zweiten Falle (Knochenherd in der Tibia scheinbar außerhalb des Kniegelenks) konnte durch die operative Entfernung ein Durchbruch in das Gelenk nicht verhindert werden. Im dritten Falle handelte es sich um einen Herd im hinteren Teil des Calcaneus, welcher unter konservativer Behandlung zu Fistelbildung mit Ausstoßung von Sequester führte, dann aber ausheilte. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Verf., nur dann die Herde operativ zu entfernen, wenn sie sicher extrakapsulär liegen und durch die Exstirpation das Gelenk nicht zu infizieren drohen. R. L.

Dr. **Boit: Ueber Leontiasis ossea und Ostitis fibrosa.** (Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 3.)

Auf Grund eines auf traumatischer Basis entstandenen Tumors der Schädelknochen, der als Leontiasis ossea im Sinne Virchows diagnostiziert und von Friedrich (Marburg) operiert wurde, kam Verf. zu einer eingehenden kritischen Durchsicht der einschlägigen Literatur. Er hält es danach für erwiesen, daß Virchows Leontiasis ossea eine am Schädel lokalisierte hyperostotisch-metaplastische Form der Ostitis fibrosa, also im Wesen identisch mit dieser Krankheit, ist; er schlägt daher für Leontiasis ossea die Bezeichnung „Ostitis fibrosa hyperostotica cranii et faciei" vor. Auch die Pagetsche Ostitis deformans gehört in dieses Gebiet.

In der Frage nach der Entstehung der Krankheit polemisiert Verf. des breiteren gegen die von v. Recklinghausen vertretene mechanische Reiztheorie, die er nicht für ausreichend hält; er meint, daß wahrscheinlich in erster Linie toxische Reize, die durch Stoffwechselstörungen, besonders durch abnorme innere Sekretion bedingt werden, eine Rolle bei der Entstehung spielen. Als auslösende Momente kommen traumatische und infektiös-toxische Reize neben Lues in Betracht.

„Eine Operation ist nicht nur bei der hyperostotischen Ostitis fibrosa der Gesichtsknochen indiziert, sondern auch bei der Erkrankung der Schädelknochen a) zwecks Radikaloperation im Frühstadium, b) zur Dekompression des Gehirns bei fortgeschrittenen Fällen."

Da der Prozeß endostaler Natur ist, kann das Periost bei der Operation erhalten bleiben, was für das Endresultat nicht ohne Bedeutung ist.

Dr. **Paul Klemm: Ueber die Gelenkosteomyelitis, speziell die osteomyelitische Coxitis.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, Heft 2.)

Der Verfasser fand in 20,8 pCt. der Osteomyelitisfälle seines Kinderkrankenhauses Osteomyelitis der Gelenkenden der großen Röhrenknochen, die also seiner Ansicht nach gar nicht so selten ist. Die Erreger bei den 56 Fällen waren 24 mal Staphylococcus aureus, 18 mal Streptococcus, 12 mal Pneumococcus, 1 mal Bacterium coli, 1 mal Bacillus typhi; aus dem Prävalieren der Kettenkokken allein könnte man schon auf eine größere Malignität der Gelenkosteomyelitis schließen. Die diffuse, schwerere Form führt zu eitriger Infiltration der Spongiosa, Zerstörung bis völliger Zertrümmerung der Gelenkkörper und häufiger Epiphysenlösung; die herdförmige Form mit kleinen Abscessen im Knochen kann wieder ausheilen, die entstandenen Sequester können resorbiert werden, oder es kommt dabei zum Zusammenfluß der Abscesse, zum Durchbruch ins Gelenk, blasenförmiger Abhebung und schließlich Zerstörung des Knorpelüberzuges. Die Unterscheidung von der tuberkulösen Osteomyelitis ist oft sehr schwer und sogar die für Tuberkulose als charakteristisch geltenden Granulationen und Schwarten können bei der eitrigen Entzündung vorkommen. Es bleibt oft nur der bakteriologische oder histologische Befund als einzige Stütze der Diagnose. Die fast immer vorhandenen Ergüsse ins Gelenk sind je nach der Schwere der Erkrankung serös, serofibrinös, bei schweren Durchbrüchen eitrig oder jauchig. — Die häufigste Lokalisation der Gelenkosteomyelitis ist das Hüftgelenk. Verf. ist der Ansicht, daß leichtere Fälle, die spontan ausheilen können und oft übersehen werden, später einmal durch abnorme Weichheit des restierenden Knochengewebes zu Coxa vara und anderen Deformitäten führen können. Die von ihm beobachteten schwereren Fälle, besonders die Fälle diffuser Erkrankung, können zu völliger Zerstörung des Kopfes, zu Epiphysenlösung und anderen Folgezuständen führen. Die gleichzeitige Erkrankung des Acetabulum erklärt der Verf. durch multiple Lokalisation der Erreger. — Die regelmäßig vorhandenen Gelenkergüsse hatten in vielen Fällen die Kapsel durchbrochen und Senkungsabscesse gebildet. Von Interesse sind auch die chronischen Fälle, wo noch nach vielen Jahren innerhalb der großen Zerstörungen frische Abscesse entdeckt werden können. Das Pathognomonische dieser Form ist die Luxation mit fester extraartikulärer Ankylose; sonst ähnelt sie außerordentlich der Tuberkulose. Die akute Form kann evtl. mit primären Gelenkerkrankungen verwechselt werden, doch tritt hier im Gegensatz zum akuten Gelenkrheumatismus zuerst Fieber und Schmerz und dann erst die Gelenkschwellung auf. Die Prognose ist natürlich bei dem schweren Mitergriffensein der Gelenke schlecht; die Mortalität ist 39,5 pCt. Die Therapie besteht nach der Ansicht des Verfassers in der Resektion; nur für ganz leichte Fälle hält er antiphlogistische Behandlung und Ruhigstellung für berechtigt. Die Osteomyelitis der anderen großen Gelenke, die gelegentlich auch mit der Coxitis kombiniert sein kann, bietet im Prinzip nichts Abweichendes.

Dr. **F. Brüning: Die Verletzungen der Zwischenknorpelscheiben des Kniegelenks und ihre Behandlung.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 2.)

Verfasser teilt fünf von ihm beobachtete Fälle von Meniscusverletzungen des Kniegelenks mit und bringt im Anschluß daran eine kritische Besprechung der in den letzten Jahrzehnten stark angewachsenen Literatur über dieses Symptomenbild. Die Verletzungen können sowohl den Zwischenknorpel wie auch seine Verbindungen betreffen; ihr Mechanismus erklärt sich aus den anatomischen und physiologischen Eigentümlichkeiten des Kniegelenks. Die häufigste Entstehungsursache dieser Verletzungsart ist die Beugung des Unterschenkels mit forcierter Außenrotation. Durch beide Bewegungen kommt es zu einer Stauung am vorderen Ende des inneren Meniscus, die zu Zerreißungen des Bandapparates der Knorpelscheibe, ebenso gut aber auch, bei kräftigeren Bändern, zu einem Riß im Meniscus selbst führen kann. Bei forcierter Streckung und Rotation sind es dagegen die Femurkondylen selbst, welche beim Rückwärtsrollen die hinteren Abschnitte der Menisci loslösen können. Außer von diesen Zugkräften können die Knorpelscheiben auch durch Druckwirkung verletzt werden, ebenso wie sie im vordersten Teil, besonders der länger ausgezogene mediale Meniscus, auch direkter Gewalteinwirkung unterliegen können. Die Ueberlegung ergibt ferner, daß es häufig gar nicht der Unfall ist, sondern die auf ihn folgende unwillkürliche heftige Gegenbewegung, welche die Verletzung herbeiführt. Die gleichzeitige Belastung des Kniegelenks begünstigt natürlich ihren Eintritt. Fast ausschließlich disponieren dazu vorher intakte Gelenke mit straffem Bandapparat. Die Meniscusverletzungen sind Sportkrankheiten. Sie finden sich mit Vorliebe bei Fußballspielern und Bergsteigern; gelegentlich aber überall, wo starke Anforderungen an die Funktion der Kniegelenke gestellt werden, z. B. beim Militär, beim Tanzen, beim Springen, bei Töpfern (Arbeiten in knieender Stellung!). Der innere Meniscus wird weit häufiger befallen als der äußere, weil er sehr weit nach vorne verläuft, stärker gespannt ist und ausgedehntere, aber nicht sehr kräftige Verbindungen mit der Kapsel und dem inneren Seitenbande hat. Außerdem muß er bei der exzentrischen Rotationsachse des Gelenks die weiteren Exkursionen machen. Der Grad der Verletzung kann sehr wechselnd sein und prägt sich meist in dem klinischen Bilde aus. Fast konstant allerdings ist der blitzartige Schmerz im Moment der Verletzung. Darauf folgt gewöhnlich eine Beugungsbeschränkung, in schweren Fällen eine völlige Fixation in Beugestellung. Weitere Symptome sind Gelenkschwellung, Druckschmerz in der Gelenkspalte, Geschwulst in der Gelenkspalte resp. Verbreiterung des Gelenkspaltes bei Luxation nach innen. Letztere ist oft kaum diagnostisch von Gelenkmäusen zu unterscheiden; ein großartiges Hilfsmittel in solchen Fällen ist die Röntgendurchleuchtung nach Sauerstoffeinblasung. Verf. rät überhaupt genaue Untersuchung an, um Verwechslung mit einfacher Verstauchung zu vermeiden. Die Therapie ist entweder konservativ oder operativ. Erstere Methode besteht in Repositionsmanövern bei Verschiebung der Knorpel, Ruhigstellung mit nachfolgender Bewegungsübung und Massage. Bei den Repositionsversuchen soll man die physiologischen Verhältnisse berücksichtigen. Bei der Nachbehandlung ist die Kräftigung der Streckmuskulatur von der größten Bedeutung. Kommt man damit nicht zum Ziele, ebenso wie in allen veralteten Fällen mit oft immer wiederkehrender, sog. habitueller Luxation, so muß operiert werden. Die von Annandale angegebene Nahtmethode ist wieder verlassen; man macht jetzt die Exstirpation des verletzten Teiles des Knorpels nach Eröffnung des Gelenks mittels Längsschnitt mit einem sehr großen Prozentsatz guter oder wenigstens befriedigender Erfolge (51 pCt.; 31 pCt.). Natürlich weist Verf. darauf hin, daß die Operation als Gelenkeröffnung nicht ohne Gefahren ist.

Dr. **Dora Teleky: Teratoider Tumor der weiblichen Harnblase.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 2.)

Verf. beschreibt einen haselnußgroßen Tumor der Blase, der drei Jahre lang starke cystitische Beschwerden und Blutungen gemacht hatte und am oberen Rande des Orificium internum saß. Er bestand aus einem Grundstock von fetthaltigem Bindegewebe und an der Oberfläche aus einem der Epidermis analogen geschichteten Pflasterepithel. Es fanden sich spärliche Schweißdrüsen, viele Talgdrüsen und einige Haarfollikel, deren Haare aber die Tumoroberfläche nicht erreichten. Im Bindegewebe waren Lymphfollikel, Knorpel und Knochen. Es sind bisher nur zwei ähnliche Fälle von Blasentumoren in der Literatur bekannt und Verfasserin erklärt ihr Entstehen nach der Marchand-Bonnetschen Theorie durch „verzögerte Teilung von Blastomeren und den Einschluß der nachträglich aus ihnen gelieferten Organanlagen in schon weiter differenziertes Keimgewebe". Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Albert Hörrmann** (München): **Die Notwendigkeit der prophylaktischen Appendektomie bei gynäkologischen Operationen, zugleich ein Beitrag zur Frage der sogenannten Appendixcarcinome.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Verf. resümiert seine Ausführungen in folgenden Sätzen: 1. Bei jeder gynäkologischen Operation soll die Appendix mit entfernt werden. 2. Es genügt nicht, nur den makroskopisch veränderten Wurmfortsatz zu entfernen. Schwere entzündliche Veränderungen entgehen oft dem Gefühl und dem Auge; erst das Mikroskop ist imstande, die Diagnose zu stellen. 3. Auf eine Entfernung der Appendix wird man verzichten können bei malignen Tumoren, bei Eiloperationen, bei Alter über 60 Jahre, bei sehr langdauernden Operationen. Eine von der ursprünglich geplanten Operation abweichende Schnittführung oder eine zeitraubende und entstellende Vergrößerung des Schnittes soll nicht stattfinden. Verf. begründet seinen Standpunkt durch Mitteilung einiger Fälle; in einem Falle fand sich in der exstirpierten Appendix ein sogen. „Appendixcarcinom". R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Edwin Stanton Faust: Ueber kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Verf. veranlaßte eine Reihe von Klinikern, einige von ihm hergestellte Gemische von Opiumalkaloiden in bezug auf ihre Wirkung auf den Menschen zu prüfen. Es handelte sich um Mischungen von Morphin, Narkotin, Codein, Papaverin, Thebain, Narcein. Verf. ließ 13 verschiedene Mischungen herstellen, bei denen Morphin immer den Hauptbestandteil bildete. Bei der Prüfung wurde besonders geachtet 1. auf die narkotische Wirkung, 2. auf die schmerzstillende Wirkung, 3. auf die Wirkung auf die Atmung, d. h. das Respirationszentrum, 4. auf die Wirkung auf Magen- und Darmkanal.

Die Beobachtungen erwiesen zwei Mischungen als besonders brauchbar, nämlich Mischung I, bestehend aus Morphin 10 mg, Narkotin 6 mg, Codein 1 mg, Papaverin 2 mg, Thebain 0,5 mg, Narcein 0,5 mg, und Mischung IV, bestehend aus Morphin 10 mg, Narkotin 2 mg, Codein 1 mg, Papaverin 0,1 mg, Thebain 0,5 mg, Narcein 0,1 mg. Als Gesamtergebnis aller Beobachtungen stellte sich heraus: 1. Zum Zustandekommen der Opiumwirkung sind nicht alle im Opium enthaltenen Alkaloide unbedingt erforderlich. Mit wenigen derselben läßt sich therapeutisch das gleiche erreichen, wie mit ihrer Gesamtheit. Unentbehrlich ist nur das Morphin. Das Präparat Pantopon enthält für die erwünschte Wirkung nicht in Betracht kommende Stoffe, also genau wie das Opium überflüssigen Ballast. In der Hauptsache handelt es sich bei der Opiumwirkung um Morphinwirkung. 2. Die Intensität der narkotischen Wirkung des Morphins wird durch die Kombination mit den übrigen wichtigen Opiumalkaloiden nicht herabgesetzt, in der Regel aber gesteigert. 3. Die lähmende Wirkung des Morphins auf das Respirationszentrum kann durch die gleichzeitig einsetzende, erregende Wirkung gewisser Opiumalkaloide, insbesondere des Thebains, mit Erfolg bekämpft und im günstigsten Falle ganz ausgeschaltet werden. Das Atemzentrum wird durch das Thebain erregt, also im entgegengesetzten Sinne wie durch das Morphin beeinflußt. 4. Bei dem sogen. Brechzentrum scheint die Sache umgekehrt zu liegen. Dieses durch Morphin, wie durch Apomorphin erregbare Zentrum erfährt durch die gleichzeitig einsetzende Wirkung anderer Alkaloide vielleicht eine Herabsetzung seiner Funktionsfähigkeit. 5. Narkotin, Narcein und Papaverin scheinen beim Menschen weder allein noch in Kombination mit anderen Opiumalkaloiden einen Einfluß auf Tonus und Entleerung des Magens zu haben. — Die beiden obengenannten Mischungen I und IV werden in gebrauchsfertigem Zustand unter dem Namen **Laudanon I** und **Laudanon II** (durch die Firma C. F. Boehringer Sohn) in den Handel gebracht werden.

Dr. **Aumann** (Hamburg): **Beobachtungen nach Salvarsaninjektion bei einem Fall von menschlicher Bubonenpest.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Bei einem Lehrling, welcher an Bubonenpest auf einem Dampfer erkrankt war und in die Quarantäneanstalt Groden übergeführt wurde, machte Verf. am 4. Tage der Erkrankung eine intravenöse Infusion von 0,3 g Salvarsan. Eine Beeinflussung des klinischen Verlaufs der Krankheit ließ sich darnach nicht feststellen. Dagegen wurde wenige Tage nach der Infusion eine Steigerung der im Serum befindlichen Agglutinine auf das Fünffache nachgewiesen. Im übrigen endigte der Fall tödlich; allerdings erlag der Kranke nicht seiner Pestansteckung, sondern einer sekundären Staphylokokkeninfektion (nach einem Krankenlager von über 3 Wochen). Eine spezifische keimvernichtende Wirkung des Salvarsans auf die Pestbakterien besteht nach des Verf. Beobachtungen nicht.

Prof. Dr. **O. v. Petersen** (St. Petersburg): **Die Salvarsanbehandlung der Orientbeule** [Leihsmaniose]. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen bei der Behandlung der Orientbeule in Turkestan mit Salvarsan. Von 36 damit behandelten Fällen konnte bei 31 eine günstige Einwirkung des Mittels festgestellt werden; 16 wurden als geheilt und 4 als fast geheilt entlassen; bei 11 war nach kurzer Beobachtungszeit eine Besserung zu konstatieren; in 2 Fällen erwies das Salvarsan sich als unwirksam; 3 Patienten entzogen sich der Beobachtung. Das Salvarsan wurde in der Dosis 0,4—0,6 g intravenös angewendet; bei Kindern und schwächlichen Personen sind die Mengen entsprechend zu vermindern. Nach einigen wenigen Beobachtungen schien auch die Applikation in Salbenform und als Salvarsanöl Erfolg zu geben, doch sind hierüber noch weitere Versuche erforderlich. Falls innerhalb zwei Wochen keine genügende Wirkung eingetreten ist, soll man nach Verf. die Injektion wiederholen, nach weiteren 2 Wochen evtl. noch einmal, doch war dies bisher nicht nötig. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß die nicht zur Ulceration führende Form der Orientbeule, als die hartnäckigere, wiederholter Injektionen bedarf. Die Orientbeule, welche mit den verschiedensten Namen (Aleppobeule, Biskrabeule, Sartenkrankheit usw.) bezeichnet wird, wird nach Verf. stets durch dieselbe Protozoenart hervorgerufen. Die als Ulcus tropicum beschriebene Affektion der unteren Extremitäten ist mit der Orientbeule nicht identisch. Schließlich weist Verf. auf die Behandlung der ulcerierten Herde mit Methylenblau (als 50 proz. Salbe) hin, die in einigen Fällen mit Erfolg angewendet worden ist.

Dr. **A. Stühmer** (Magdeburg): **Ueber Neosalvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. ist der Ansicht, daß die nach Neosalvarsan entstehenden Exantheme durch einen Eiweißkörper entstehen, der sich unter der Einwirkung des Neosalvarsans bildet. Während beim Salvarsan die Exantheme häufiger nach intramuskulären Einspritzungen waren, hat Verf. sie beim Neosalvarsan ausschließlich nach intravenöser Injektion beobachtet. Verf. vermutet daher in gelösten resp. nicht gelösten, aber veränderten Blutbestandteilen den Eiweißkörper, welcher bei diesen Exanthemen eine Rolle spielt. Er glaubt ferner, daß er auch für die Todesfälle von Bedeutung ist, welche nach Neosalvarsan vereinzelt vorgekommen sind. Verf. selbst hatte Gelegenheit, einen solchen Fall zu sehen. Es handelte sich um einen kräftigen Patienten mit florider Lues secundaria, welcher drei Injektionen von 0,75—0,9 Neosalvarsan in Aq. dest. in zweitägigen Intervallen reaktionslos vertragen hatte. Am achten Tage stürzte er plötzlich bei anscheinend völligem Wohlbefinden zusammen und starb nach etwa 12 Stunden unter den Erscheinungen der Atemlähmung. Auch anderwärts wurde ein ganz ähnlicher Fall beobachtet, hier trat der schwere Shok ganz plötzlich am 10. Tage nach der ersten reaktionslos verlaufenen Injektion auf; es trat hier allerdings Heilung ein. Hier zeigte sich fast gleichzeitig mit den schweren cerebralen Symptomen ein typisches Serumexanthem. Ein gleicher Fall mit tödlichem Ausgang wurde von einem anderen Arzt bei einem 13 jährigen Patienten (8 Tage nach der ersten Neosalvarsaninjektion) beobachtet. In einem derartigen Falle fanden sich bei der Sektion nur Veränderungen an den Nieren. Bei toxischer Neosalvarsaninjektion bei Kaninchen fanden sich Veränderungen in der Leber (Nekrosen), am Herzen, in den Nieren (Nekrosen wie bei schwerster Sublimatvergiftung). — Um diese üblen Zufälle nach Neosalvarsan zu vermeiden, empfiehlt Verf. Verwendung von 0,5 proz. NaCl-Lösung statt Wasser, um Neosalvarsan zu lösen, Herabminderung der Einzeldosis (0,15 bis 0,6 g), ein Intervall von 10 Tagen zwischen den Injektionen und vor allem intramuskuläre Injektion. Man braucht dabei zur Lösung nur 5—10 ccm Flüssigkeit. Diese intramuskuläre Injektion ist so einfach, daß sie sich auch für die allgemeine Praxis eignet. Die therapeutische Wirkung ist nach Verf. ebenso prompt wie bei intravenöser Injektion. Zwischen den einzelnen Injektionen wird mit Quecksilber behandelt. R. L.

Dr. **M. Alexander**, Arzt f. Magen- und Darmkranke: **Jodglidine bei Magen-Darmkranken.** (Fortschritte der Medizin, 1912, No. 46.)

Jodglidine ist bekanntlich ein von Dr. Klopfer (Dresden-Leubnitz) in Tablettenform hergestelltes Präparat, bei dem das Jod an nukleinfreies, reizloses Pflanzeneiweiß so gebunden ist, daß der Eiweißcharakter wenig verändert und das Jod, hauptsächlich im Darm, allmählich und kontinuierlich zur Resorption gelangt.

Verf. weist erneut darauf hin, daß wir für Patienten, die uns vor allem ihrer Magen-Darmstörungen wegen aufsuchen und bei denen wir Jod verordnen müssen, in der Jodglidine ein Mittel in der Hand haben, das uns nicht im Stiche läßt. Er hat eine große Anzahl von Magen-Darmkranken mit Jodglidine behandelt und teilt aus dieser Reihe 7 Fälle mit, die das Gesagte sehr gut illustrieren. In den beschriebenen Fällen wurde die Jodglidine durchschnittlich gut vertragen, obwohl in einigen Fällen andere Jodpräparate wegen der auftretenden Nebenerscheinungen abgesetzt werden mußten. Niemals traten, auch in den Fällen nicht, wo das Mittel längere Zeit hindurch gereicht werden mußte, Störungen des Appetits oder stärkere Beschwerden des Magens auf; niemals wurde über den Geschmack der Jodglidine geklagt und auch andere sonst gewöhnliche Nebenwirkungen bei Jodmedikation blieben fast vollkommen aus. Kr.

Dr. med. **Nieveling** (Bad Lippspringe): **Ueber die Jodtherapie bei Lungentuberkulose.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 42. Nachtrag zu dem Referat in der „Allg. Med. Central-Ztg.", 1912, No. 49, S. 642.)

Als ein Jodpräparat, dessen er sich seit 4 Jahren mit Erfolg bei der Behandlung der Lungentuberkulose bedient, erwähnt Verf. das Jodglidine, dem er die bekannten Vorzüge gegenüber den Jodalkalien nachrühmt. L.

Physikalische Therapie.

Dr. **Kyaw**, Spezialarzt f. Haut- und Harnleiden in Dresden: **Ueber eine neue Behandlungsweise der akuten und chronischen Gonorrhoe, der akuten und chronischen Prostatitis und der akuten und chronischen Urethritis mit Thermopenetration und Heißwasserspülungen.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 45.)

Verf. will den Beweis erbringen, daß mit starker Hitze eine lokalisierte, akute und chronische Gonorrhoe und Prostatitis in kurzer Zeit endgültig geheilt werden kann, daß eine Urethritis rasch heilt, harte Infiltrate in weiche übergeführt werden und Abscesse der Urethra und Prostata in die Harnröhre zum Durchbruch kommen. Da nun die Gonokokken die Eigenschaft haben, wie die Eiterkokken in das tiefere Bindegewebe einzudringen, so ist es klar, daß eine sofortige Heilung nicht eintreten kann, wenn die Gonokokken in tiefem Bindegewebe liegen und erst nach Proliferation der oberen Bindegewebsschichten mit abgestoßen werden. Die bisherigen Versuche der intensiveren Einwirkung der Wärme auf Gonokokken,

wie sie die hydrotherapeutischen Maßnahmen (Sitzbäder, Fangopackungen, Moor- und Sandsitzbäder) darstellen, scheitern an der physikalischen Unmöglichkeit, höhere Wärmegrade wegen der Empfindlichkeit der äußeren Haut gegen dieselbe zur Anwendung zu bringen. Deshalb sind die Resultate der physikalischen Therapie der chronischen Gonorrhoe auch nur mangelhafte gewesen. Um eine intensivere Einwirkung der Wärme auf die Gonokokken in der Urethra und Prostata zu erzielen, führt K. eine Metallsonde, deren Umfang der Größe des Meatus urethrae entspricht, als den einen Pol in die Urethra ein, als anderer Pol wird eine Elektrode an die Außenfläche des Penis gelegt. Bei Gonorrhoea posterior benutzt Verf. gleichfalls eine Metallsonde; bei Prostatitis ohne Urethritis bezw. auch bei Gonorrhoea posterior benutzt er die von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall (Thermopenetrationsapparat) ihm mitgelieferte, der Arzberger Mastdarmbirne nachgebildete Mastdarmelektrode. Mit dieser Methode ist es möglich, ohne Mitbenutzung jedes anderen antiseptischen oder adstringierenden Faktors eine chronische Gonorrhoe jeder Dauer und Schwere in wenigen Sitzungen völlig schmerzlos und sicher zur definitiven Ausheilung zu bringen. Die Nachteile des Verfahrens liegen einerseits in dem hohen Anschaffungspreise des Apparates selbst und seiner Installation, andererseits darin, daß wegen der Nähe der Elektroden und der verschiedenen Intensität des Anpressens der einen Elektrode an den Körper die Gefahr der Verbrennung naheliegt, andererseits deshalb eine dauernde Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes erforderlich ist. Zur Vermeidung dieser zweifellos sich ergebenden Uebelstände der Thermopenetrationsbehandlung der chronischen Gonorrhoe hat Verf. auch eine andere Behandlungsweise angewandt, und zwar hat er durch am Ende geschlossene Katheter, sowohl durch die vordere wie durch die hintere Harnröhre heißes Wasser von etwa 50° bis 52° stundenlang fließen lassen. Diese Temperaturen werden von der Harnröhre anstandslos vertragen. Dieses Verfahren dauert in bezug auf seine Wirksamkeit gegenüber den Gonokokken länger als die Thermopenetration. Eine Stunde Heißwasserkatheterspülung entspricht in ihrer Wirkung ungefähr einer viertelstündigen Thermopenetration. Vor der Thermopenetration hat sie aber den außerordentlichen Vorzug der absoluten Gefahrlosigkeit und vor allem der Möglichkeit der Selbstbehandlung des Patienten in der Wohnung des Arztes, jedoch ohne dessen ständige Beaufsichtigung. Auch mit dieser zweiten Modifikation der Wärmebehandlung ist es Verf. gelungen, verzweifelte Fälle von jahrelang bestehenden Gonorrhöen in kürzester Zeit zur völligen Heilung zu bringen. Unter Ausschluß jeder der bisher geübten antiseptischen und adstringierenden Behandlungsweisen wurden die chronischen Gonorrhöen mit den damit verbundenen Urethritiden in zwei bis drei Wochen völlig geheilt.

Kr.

Chirurgische Therapie und Technik (einschließlich der gynäkologischen).

a) Externe medikamentöse Therapie.

Dr. **Artur Strauss** (Barmen): **Epitheliombehandlung mit Kupfersalzen [Kupferlecithin].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Hautkankroiden, welche er mit Erfolg äußerlich mittels eines Kupferlecithinpräparats behandelt hat. Dieses Präparat besteht in einer mit Alkohol ohne Fett hergestellten Salbe aus einer neuen chemischen Verbindung von Kupferchlorid und Lecithin (hergestellt von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld). Es waren zwei Fälle von reinem Epitheliom am äußeren Augenwinkel resp. am Nasenwinkel bei älteren Frauen sowie ein Fall von Lupuscarcinom der Nasenspitze. In allen drei Fällen wurde nach kürzerer oder längerer Behandlung glatte Vernarbung der ulcerierten Kankroide erzielt.

Dr. **Oskar Nitze** (Berlin): **Eine neue zweckmäßige Tamponbehandlung mit „Tampol Roche".** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Um die Tamponbehandlung der Unterleibserkrankungen der Frauen zu erleichtern, bringt die Chem. Fabrik Hoffmann-La Roche seit zwei Jahren einen gebrauchsfertigen Tampon unter der Bezeichnung „Tampol Roche" in den Handel. Er besteht aus einem komprimierten Wattetampon, der zusammen mit einem Medikament in einer dünnen Gelatinehülse eingeschlossen ist, die sich in der Scheide sehr schnell löst und Medikament und Wolletampon freiwerden läßt. Die Tampols werden mit den verschiedensten Medikamenten gefüllt in den Handel gebracht, z. B. mit 0,05 g Extr. Belladonnae fluid., 0,03 g Hydrastin. hydrochloric., 0,5 g Acid. tannic., 1 g Acid. boric., 1 g Zinc. sulfuric., 1 g Zinc. oxydat., 0,5 g Secacornin, 0,1 g Protargol, 1 g Dermatol, 0,03 g Pantopon, 1 g Thigenol. Verf. hat, abgesehen von vereinzelter Anwendung von Belladonna-Tampols, ausschließlich die Protargol- und Thigenol-Tampols angewendet. Der Protargoltampol wurde bei infektiösen, vor allem gonorrhoischen Katarrhen angewendet, der Thigenol-Tampol bei allen chronisch entzündlichen Prozessen des kleinen Beckens. Sowohl die subjektiven Beschwerden als auch die objektiven Erscheinungen erfuhren schon nach kurzer Tampolbehandlung meist erhebliche Besserung. Auch die Erfolge der Protargol-Tampol-Behandlung der Gonorrhoe des Weibes waren gut, besonders bei ganz frischen Infektionen. Die Einführung des Tampols in die Scheide ist leicht, besonders, wenn er vor dem Gebrauch 15—20 Sekunden in warmes Wasser getaucht wird. Die medikamentöse Spitze wird bis hinauf in das Scheidengewölbe geschoben, während das entgegengesetzte Ende auf dem Beckenboden seine Stütze findet. Dieses untere Ende ist mit einem Seidenfaden versehen, der zur späteren bequemen Entfernung des Tampols aus der Vulva heraushängt. Die Gelatinehülse löst sich sehr rasch, und das Medikament, das auf der nicht entfetteten Wolle gleichsam als Kopf sitzt, wird frei und der Resorption zugänglich. Ein Zurückfließen aus der Scheide wird durch das Aufquellen des Tampons verhindert, der die Vagina vollständig ausfüllt.

Dr. **Hans Oppenheim** (Berlin): **Ueber ein neues Resorbens in der Gynäkologie [Ichthynat Heyden].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 45.)

Verf. prüfte an dem poliklinischen Material der Dührssenschen Frauenklinik das von der Chem. Fabrik Heyden (Radebeul-Dresden) hergestellte Präparat Ichthynat auf seine Verwendbarkeit bei der Behandlung der Frauenkrankheiten. Das Ichthynat, welches durch Verarbeitung eines bituminösen Kalkschiefers gewonnen wird, dessen Fundort sich am Achensee in den Tiroler Karwendeln befindet, ist ein dem Ichthyol chemisch nahe verwandtes Mineralöl. Verf. wandte es ausschließlich als 20 proz. Ichthynatglyzerin an. Als Indikationsgebiet der Ichthynatbehandlung gibt Verf. an: 1. die Salpingo-Oophoritis acuta und subacuta, 2. die Para- und Perimetritis exsudativa, 3. die Metro-Endometritis chronica. Ausgeschlossen von der Ichthynatbehandlung sind bakteriell-eitrige, besonders gonorrhoische Prozesse, sowie alle chronischen, mit adhäsiv-fibrinösen bezw. cystisch-degenerativen Veränderungen einhergehenden Krankheiten des weiblichen Genitaltraktus. Das Ichthynatglyzerin kam in Form von Scheidentampons zur Anwendung (mit doppelter Lage Mull und mit Haltekugel versehenen Wattekugeln), welche hoch im Scheidengewölbe möglichst genau an die druckempfindlichen Stellen gebracht wurden (1—2 mal täglich). Unmittelbar nach der jedesmaligen Tamponentfernung macht Verf. eine warme Scheidenspülung (evtl. mit Salz-Glyzerinzusatz). Diese Ichthynatglyzerintampons zeigen sowohl schmerzstillende wie auch in hohem Grade resorbierende und entzündungswidrige Wirkungen. Diese günstigen Wirkungen werden noch erhöht, wenn das Ichthynat gleichzeitig innerlich dargereicht wird. Verf. gab von den von der Firma Heyden hergestellten Capsulae gelatinosae cum Ichthynat, deren jede 0,15 g enthält, 3—4 mal täglich 2 Kapseln ½ Stunde nach den Mahlzeiten zu nehmen. Ueber die Wirkung der Ichthynatsuppositorien hat Verf. keine eigene Erfahrung.

R. L.

---

b) Operative Therapie und Technik.

Prof. Dr. **J. Hofbauer** (Königsberg): **Ueber plastischen Ersatz der Vagina.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Um bei gänzlichem Mangel der Vagina ein die Kohabitation ermöglichendes Rohr plastisch zu bilden, ist man verschiedentlich vorgegangen. Man versuchte anfangs, in dem bindegewebigen Septum, welches Blase und Mastdarm miteinander verbindet, einen Hohlraum zu schaffen und durch dessen Epithelisierung einer späteren Verwachsung oder Schrumpfung vorzubeugen. Man benutzte dazu entweder gestielte Hautlappen aus der Vulva, welche indes nur zur Bildung eines schwieligen Trichters führten, oder Streifen von Vaginalschleimhaut, welche bei Kolporrhaphien gewonnen waren, oder verwendete Peritoneum der Bauchwand zur Deckung, Versuche, die sich ebenfalls nicht bewährten. Deshalb ging man dazu über, die plastische Verlagerung von Darmteilen zur Herstellung eines Vaginalrohres zu versuchen. Man benutzte dazu anfangs den unteren Dickdarm (Rektumampulle, Flexura sigmoidea). Die dazu angegebenen Methoden waren indes ziemlich kompliziert, auch bleiben leicht Fisteln zurück, weil die Heilungsbedingungen ungünstig sind; man operiert an einem Darm, der keinen peritonealen Ueberzug besitzt. Diese Nachteile fehlen bei einem von Haeberlin und Baldwin angegebenen Verfahren, wobei der Dünndarm zur Plastik benutzt wird. Das Prinzip der Operation besteht darin, daß eine entsprechend lange und bewegliche Dünndarmschlinge reseziert und in Verbindung mit ihrem Mesenterium belassen wird. Dann folgt die Wiedervereinigung des Dünndarms durch Anastomosenbildung. Das resezierte Dünndarmstück wird nach abwärts verlagert und zum plastischen Ersatz der Vagina verwendet, indem entweder die Darmschlinge senkrecht gestellt und ihr oberes Ende blind geschlossen, das untere Ende an die Vulva angenäht wird, oder man bildet eine Doppelschlinge aus dem resezierten Darm und befestigt die untere eröffnete Kuppe derselben an die äußere Haut. Verf. berichtet nun über einen Fall, in welchem er die letztere Methode mit kleinen Abänderungen durchführte.

Es handelte sich um ein 22 jähriges Mädchen mit Aplasie der Vagina. Bei der Operation fand sich ein kleiner Uterus bipartitus, jederseits etwa kirschgroß; beide Seiten waren durch einen halbfingerdicken Strang miteinander verbunden. Dieser Uterus, der kein Cavum hatte, wurde abgetragen. Vom Ileum wurde eine etwa 20 cm lange Schlinge mit ihrem Mesenterium reseziert und V-förmig in den zwischen Blase und Rektum geschaffenen Raum herabgezogen. Nach Schluß der Bauchhöhle wurde die untere Kuppe des Dünndarmes durch einige Nähte am Introitus befestigt; nach 3 Tagen wurde der Darm mit dem Paquelin quer eröffnet. Die Heilung erfolgte ohne wesentliche Störung. 3 Monate nach der Operation fand sich die künstliche Scheide in gutem Zustand vor; die Darmschleimhaut hatte ihren ursprünglichen Charakter behalten. R. L.

Prof. **M. Henkel** (Jena): **Zwei Fälle künstlicher Scheidenbildung aus dem Dünndarm.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen er nach der Methode von Haeberlin und Baldwin eine künstliche Scheide aus einer verlagerten Dünndarmschlinge gebildet hat. In dem einen Falle handelte es sich um ein 18 jähriges Mädchen mit Fehlen von Scheide und Uterus und Tuben; Ovarien waren vom Rektum aus zu fühlen. Es wurde zunächst von der Vulva aus ein Kanal für die Scheide gebildet, dann die Laparotomie angeschlossen, ein 25 cm langes Stück aus dem untersten Ileum mit Mesenterium reseziert; alle vier Darmlumina wurden durch Naht verschlossen; die Ileumenden wurden durch Anastomose Seite zu Seite vereinigt. Dann wurde die resezierte Ileumschlinge mittels Gazezügel und Kornzange in den für die Scheide gebildeten Kanal gezogen und mittels Klemme am Scheideneingang befestigt, hierauf die Bauchhöhle geschlossen. Am 6. Tage nach der Operation wurde die Darmschlinge vorn am Scheideneingang eröffnet, die Ränder ihres Lumens mit denen des Scheideneingangs durch einige Silknähte vereinigt. 5 Tage später wurde das Septum zwischen den beiden Kanälen durch eine Zange abgequetscht. In dem zweiten Falle (21 jähr. Person) waren ein Uterus, sowie Tuben und Ovarien vorhanden, die letzteren waren jedoch cystisch degeneriert, die rechte Tube war in eine prallelastische Geschwulst verwandelt; der Uterus war von derben Infiltraten umgeben. Verf. machte deshalb die Totalexstirpation und verfuhr im übrigen wie im ersten Fall. In beiden Fällen erfolgte die Heilung per primam. R. L.

c) Kombinierte Therapie.

Prof. Dr. **Georg Perthes**, Direktor der chirurg. Universitätsklinik in Tübingen: **Ueber die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.** (Die Therapie der Gegenwart, November- und Dezemberheft 1912.)

Bei der Indikationsstellung zu Operationen wegen Gelenktuberkulose herrscht heute noch keineswegs vollkommene Einigkeit. Es steht noch immer eine mehr konservative einer mehr operativen Richtung gegenüber, die beide hervorragende Namen unter ihren Vertretern aufweisen. Die meisten Chirurgen — und Verf. rechnet sich zu ihnen — nehmen einen mittleren Standpunkt ein; sie nehmen je nach der Lage des einzelnen Falles von beiden Richtungen das Gute, wo sie es finden. Im allgemeinen muß man sagen, daß die konservative Richtung im letzten Jahrzehnt an Boden gewonnen hat. Die Zeit, in der mit der Diagnose einer Gelenktuberkulose auch schon beinahe die Indikation zur Gelenkresektion gegeben schien, ist vorbei. Wir wissen, daß unter günstigen Bedingungen eine Gelenktuberkulose ohne Operation so gut ausheilen kann, wie eine beginnende Tuberkulose der Lungenspitze. Wir haben daher in jedem einzelnen Falle die Chancen operativen und konservativen Verfahrens gegeneinander abzuwägen und müssen in jedem Falle die lokale Behandlung durch die Behandlung des Gesamtorganismus unterstützen. Für die Allgemeinbehandlung bei Knochen- und Gelenktuberkulose stehen uns die gleichen Heilfaktoren zur Verfügung, wie sie bei der physikalisch-diätetischen Therapie der Lungentuberkulose in Betracht kommen: Luft und Sonne, Ruhe, geeignete Diät. Wie die Bedingungen für die spontane Ausheilung der Lungentuberkulose im Hochgebirge am günstigsten sind, so werden mit der Luft- und Sonnenbehandlung auch bei der Knochen- und Gelenktuberkulose jetzt im Hochgebirge die besten Erfolge erzielt. Das Wesentliche bei der Heliotherapie ist nach Verfassers Ansicht die allgemeine Wirkung der Sonnenbestrahlung, nicht die lokale Wirkung der Strahlen auf die Tuberkulose. Dringen doch, sagt er, bekanntlich die Sonnenstrahlen nur in sehr geringe Tiefe der Haut und sind beispielsweise nicht imstande, eine in den Mund eingebrachte photographische Platte, durch die Dicke der Wange hindurchdringend, zu schwärzen. Viel älter, aber, wie es scheint, nicht so erfolgreich, sind die Versuche, durch das Seeklima die Ausheilung auch der chirurgischen Tuberkulose zu begünstigen. Die anerkannte günstige Wirkung des Kaiserin-Friedrich-Seehospizes auf Norderney, des Hamburgischen Seehospitals, besonders des bekannten französischen Seebades Bercksur-mer, ist wohl noch mehr als auf die Seebäder, auf die anregende Wirkung der salzgeschwängerten Seeluft zu beziehen. Ob die Erfolge denen gleichkommen, die mit der Hochgebirgssonne erzielt werden können, erscheint zweifelhaft. Die überall durchzuführende Freiluftbehandlung ersetzt wenigstens einen Teil der Heilfaktoren des Hochgebirges und der Seesanatorien. Als ein Ersatz für die Kur an der See oder im Solbade sind die Solbäder im Hause des Kranken zu nennen. Unter den mechanischen Mitteln lokaler Behandlung tuberkulös erkrankter Gelenke ist die Ruhigstellung das wichtigste. Durch den ruhigstellenden Verband wird das Gelenk vor allen Traumen und Distorsionen geschützt, die auch dann, wenn sie unbedeutend sind, immer den Fortschritt der Tuberkulose beschleunigen. Doch kommt auch über diese Schutzwirkung hinaus der Ruhigstellung ein durch die Erfahrung immer wieder bestätigter günstiger Einfluß auf die Ausheilung des tuberkulösen Prozesses zu.

Was nun die Stellung der Indikation betrifft, so werden wir bei der Entscheidung zwischen operativem und konservativem Verfahren individualisierend vorgehen müssen. Wenn wir operieren, werden wir uns sagen, daß es nicht mit dem Wegschneiden der kranken Zellen getan ist, sondern, daß es dringend wünschenswert ist, durch geeignete allgemeine Maßnahmen den gesamten Körper und seine Säfte so zu beeinflussen, daß nach der operativen Heilung das Rezidiv oder das Wiederaufflackern der Tuberkulose an anderer Körperstelle vermieden bleibt. Eine sehr wesentliche Rolle spielt das Alter des Patienten. Wir wissen, daß die Tuberkulose an Knochen und Gelenken bei Kindern eine sehr viel größere Heilungstendenz hat, als bei Erwachsenen; wir wissen auf der anderen Seite, daß die Resultate der Gelenkresektionen bei Kindern besonders ungünstige sind. Im allgemeinen ist also bei Kindern von vornherein das konservative Verfahren zu bevorzugen. Eine wesentliche Rolle bei der Indikationsstellung spielt natürlich weiter der Zustand der erkrankten Gelenke und gerade hier leistet uns die Röntgenuntersuchung durch die Feststelung mehr oder weniger ausgesprochener Knochenveränderungen sehr wichtige Dienste. Eine rein synoviale Form der Tuberkulose nur mit Kapselschwellung ohne parartikuläre Abscesse und ohne Knochenveränderungen ist im allgemeinen der konservativen Behandlung zuzuführen. Auf der anderen Seite muß bei der Feststellung großer tuberkulöser Knochenherde oder tuberkulöser Sequester das konservative Verfahren sehr wenig aussichtsreich erscheinen. So hat die Beurteilung nach dem Röntgenbefunde oft eine entscheidende Bedeutung, und oft ist das Röntgenbild auch bestimmend für die Art der Operation. Wir haben auf Grund des Röntgenbefundes jetzt doch gelegentlich, wo früher eine typische Resektion gemacht worden wäre, eine andere atypische Operation mit sehr viel besserem Resultate zu machen gelernt. So sehen wir z. B. gar nicht so selten im Röntgenbild, daß es sich im wesentlichen nur um eine ganz isolierte Erkrankung eines Handwurzelknochens, z. B. des Os lunatum oder beim Fußgelenk um eine auf den Talus beschränkte, aber in diesem schon weit vorgeschrittene Erkrankung handelt. In solchen Fällen kann man gute Resultate erzielen, wenn man z. B. das erkrankte Os lunatum oder den erkrankten Talus exstirpiert; besonders nach der letzteren Operation stellt sich dann meistens der Calcaneus ganz gut in die Malleolengabel ein. So wie die schwereren Knochenveränderungen, sprechen auch ausgedehntere Veränderungen in den umgebenden Weichteilen, große parartikuläre Abscesse mehr für das operative wie für das konservative Verfahren.

Ferner ist bei der Indikationsstellung der allgemeine Zustand in Betracht zu ziehen. Bei sehr ungünstigem Allgemeinzustande oder fortgeschrittener Lungenphthise wird man z. B. zuweilen genötigt sein, von einer an sich noch ausführbaren Resektion abzusehen, um noch einen Schritt weiter zu gehen und zur Amputation zu greifen, denn man beobachtet in solchen Fällen oft eine auffallend rasche Hebung des Allgemeinzustandes, nachdem das kranke Glied mit den eiternden Fisteln abgesetzt worden ist.

Der Erfolg oder Mißerfolg einer bereits eingeleitet gewesenen konservativen Behandlung kann für die Indikationsstellung ausschlaggebend werden. Manche Chirurgen stellen sich überhaupt auf den Standpunkt, daß zunächst bei der Gelenktuberkulose eine konservative Behandlung immer zu versuchen ist und nur, wenn diese fehlschlägt, zur Operation zu greifen ist. Auch Verf. würde diese Indikationsstellung gerne zu der seinen machen, wenn nicht noch ein anderer, sehr wichtiger Punkt in Frage käme. Das sind die sozialen Verhältnisse. Einen Arbeiter mit einer Kniegelenktuberkulose z. B., für den die Krankenkasse nur eine beschränkte Anzahl von Wochen eintritt, kann man unmöglich erst versuchsweise monatelang mit Jodoforminjektionen und Ruhigstellung behandeln, oder ihn der neunmonatigen Stauungsbehandlung nach Bier unterwerfen; man weiß, daß man ihn durch eine Gelenkresektion in zwei bis drei Monaten wird wieder arbeitsfähig machen können und wird sich daher von vornherein ohne konservative Versuche gleich zu der Operation entschließen. Alle diese verschiedenen Gesichtspunkte konkurrieren und kombinieren sich oft in so verschiedener

Weise, daß es unmöglich wird, die Indikationsstellung in bestimmte und für alle Fälle passende Regeln zu formen. Wir werden bei der Entscheidung zwischen operativem und konservativem Verfahren individualisierend vorgehen müssen. Wenn wir operieren, werden wir uns sagen, daß es nicht mit dem Wegschneiden der kranken Zellen getan ist, sondern daß es dringend wünschenswert ist, durch geeignete allgemeine Maßnahmen den gesamten Körper und seine Säfte so zu beeinflussen, daß nach der operativen Heilung das Rezidiv oder das Wiederaufflackern der Tuberkulose an anderer Körperstelle vermieden bleibt. Kr.

Technisches.

Dr. **Niewerth** (Teterow): **Praktische Winke!** (Medizin. Klinik, 1912, No. 46.)

Verf. beschreibt einige Erfahrungen, die ihm sehr einfach und nützlich erscheinen und die er anderswo noch nicht sah.

1. Armhochlagerungsschiene für bettlägerige Panaritien und Armphlegmonen. Ein Brett, 20 cm breit, etwas länger als der Arm. Das eine Ende wird unter der Achsel auf das Bett gestützt, um das andere wird eine Bindfadenschlinge geführt, die an einem Wand- oder Deckennagel befestigt wird, so daß das Brett 45° gegen die Horizontale geneigt ist. Das Brett kann mit einem schnell genähten Häckselkissen oder dergleichen gepolstert werden.

2. Improvisierter Inhalationsapparat. In eine Kaffeekanne wird eine Tasse kochend heißen Kochsalzwassers gefüllt. Der Patient atmet durch die Tülle aus und ein, die er mit dem Munde umschließt. Für Terpentindampfinhalation werden auf das heiße Wasser im Grunde der Kaffeekanne 20 bis 30 Tropfen altes Terpentinöl getropft. Nicht die Kanne kippen!

3. Thermophor für die Praxis parva. Zwei Pfund Hafer oder Kleie (Kirschkerne) in einen derben leinenen Beutel. Dieser im Ofenrohr oder Bratofen angewärmt. Leicht, anschmiegend, wärmehaltend, billig.

4. Dammnaht. Sehr mühsam ist es, unter mangelnder Assistenz, die meisten durch Lochienfluß verdeckten Damm- und Scheidennähte zu entfernen. Besonders, wenn in der Hitze des Gefechts die äußeren Nähte nicht gezählt wurden, vergißt man beim Herausnehmen eine oder die andere Naht. Da hat Verf. es praktisch gefunden, mit langen, dicken, seidenen Fäden zu nähen. Die Fäden werden dann nach dem Knoten nicht abgeschnitten, sondern am Schluß der Naht ca. 5 cm entfernt vom Damm in eins zusammengeknotet und distal vom Knoten abgeschnitten. Es ist dann beim Entfernen der Nähte nichts weiter nötig, als den großen Knoten leicht anzuziehen und am Damm entlang die nun leicht aufgefundenen Hautnähte zu durchtrennen. Ein quälendes Aufsuchen, ein Vergessen einzelner Nähte gibt es dann nicht mehr. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Januar 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Demonstration einer Frau mit intrathorakalem Tumor.

Herr **Kraus**: Es handelt sich um eine 54 jährige Frau mit luesverdächtigen Antezedentien (positiver Wassermann, viele Aborte), die seit 10 Jahren Atembeschwerden von wechselnder Stärke hat; seit dem Juli d. J. haben die Beschwerden schnell zugenommen. Körpergewicht zeigt auffälliges Schwanken. Die physikalische Untersuchung der Patientin ließ sofort an einen Tumor des Brustraumes denken: Ausdehnung der subkutanen Bauch- und Oberschenkelvenen, zirkumskripte Dämpfung rechts vorn und hinten. Die Symptome des Aortenaneurysmas fehlen; ebenso ist Lebertumor auszuschließen. Während der klinischen Beobachtung bildete sich rechterseits ein pleuritischer Erguß von mäßiger Stärke. Weitere Aufklärung brachte die Röntgenuntersuchung. Durchleuchtung nach verschiedenen Richtungen brachte mit Sicherheit eine stiellose, kugelige, nicht pulsierende, aber zitternde Blase zur Anschauung, die Vortr. als eine Echinococcusblase auffaßt.

Diskussion:

Herr **Orth** fragt, ob eine Operation in Aussicht genommen ist, was

Herr **Kraus** bejaht.

Herr **Fuld** schlägt vor, nach de Renzi einen Versuch mit Extractum Filicis zu machen, was

Herr **Kraus** verspricht.

Tagesordnung:

Demonstration der Wirkung der Venenstauung auf die Pulskurven Herzkranker (mit Demonstration von Projektionsbildern).

Herr **C. S. Engel**: Zur möglichst objektiven Feststellung der Wirkung der therapeutischen Venenstauung an den Extremitäten wurden bei Herzkranken sphygmographische Arterien- und Venenpulskurven vor, während und nach der Venenstauung aufgenommen. Es ergab sich, daß durch die Bildung des Blutreservoirs, das durch die Stauung der Venen und das Nichtunterdrücken des Arterienpulses in den Extremitäten entsteht, eine erhebliche Entlastung und Beruhigung des Herzens erreicht werden kann, die in zum Teil erheblichen Aenderungen der Kurve zum Ausdruck kamen. So konnte der Pulsus celer der Aorteninsuffizienz durch längere Stauung der Extremitäten unter starker Beruhigung des Herzens in einen nicht mehr schnellenden, fast normalen Puls umgewandelt werden. Ein überdikroter Puls geht unter der Stauung bereits nach wenigen Minuten zuerst in einen dikroten, dann in einen unterdikroten Puls über, der sich dem normalen stark nähern kann. Auch bei fieberhaften Krankheiten, bei Arteriosklerose, Klappenfehlern verschiedener Art, bei Extrasystolen und anderen mehr oder weniger schweren pathologischen Herzzuständen konnten unter fast regelmäßiger subjektiver Erleichterung Veränderungen der Pulskurven festgestellt werden, die die Brauchbarkeit dieser mechanischen Behandlungsmethode der relativen Kreislaufinsuffizienz erkennen ließen. Es wurde in Anschluß hieran darauf hingewiesen, daß die Sphygmographie, die seit einigen Jahren im Vergleiche zu ihrer früheren Blüte etwas vernachlässigt wird, bei der Verbesserung der modernen Apparate eine größere Pflege verdient, auch in Hinblick auf ihren diagnostischen und prognostischen Wert. (Bericht des Vortragenden.)

Die Behandlung schwerster Formen von Ataxie bei Tabes.

Herr **Frenkel-Heiden**: Für das Zustandekommen der Ataxie ist besonders der Verlust der Sensibilität in der Tiefe der Extremitäten, speziell der Gelenke, verantwortlich zu machen. In der Folge entwickeln sich allmählich Veränderungen der Muskelsubstanz. Der Kranke spürt die passive Erhebung einer Extremität nur noch bei sehr starker Exkursion und kann nur noch mit Unterstützung oder gar nicht gehen oder stehen. Bei diesen Zuständen ist einzig und allein von der Uebungstherapie Besserung zu erhoffen. Sie ist vorzunehmen unter Zuziehung von gut sitzenden orthopädischen Apparaten, deren Drehungsachsen mit den Gelenkachsen übereinstimmen müssen. Ein etwa vorhandenes Genu recurvatum ist vor dem Beginn der Uebungstherapie zu redressieren; Uebermüdung ist natürlich sorgfältig zu vermeiden, wobei man daran denken muß, daß das Ermüdungsgefühl bei Tabikern bisweilen herabgesetzt ist, weshalb die Pulsfrequenz als Indikator der Ermüdung zu verwenden ist.

Diskussion:

Herr **Leo**: Läßt sich durch eine im Anfangsstadium der Tabes vorgenommene antisyphilitische Kur der Ausbruch der schweren Erscheinungen verhindern?

Herr **Eckstein**: Den therapeutischen Grundsätzen des Vortragenden ist zuzustimmen. Schon vor ihm wurden, z. B. von Beely, mit ähnlichen Behandlungsmethoden bei Tabikern gute Erfolge erzielt. Bei tabischen Arthropathien hat sich die orthopädische Apparatentherapie den nutzlos versuchten chirurgischen Eingriffen überlegen erwiesen. Die gute Wirkung der Apparate bei Genu recurvatum ist durch Wiederherstellung des Tonus der vorher überdehnten Beugemuskeln zu erklären.

Herr **Frenkel-Heiden** (Schlußwort): Die antiluetische Kur mit Quecksilber und Jod hat sich bezüglich der ataktischen Symptome als erfolglos erwiesen. Selbst bei vorher jahrelang nach dem Fournierschen Prinzip systematisch behandelten Syphilitikern hat sich später die schwerste Ataxie entwickelt. Ob die Salvarsantherapie in dieser Hinsicht mehr leistet, steht natürlich noch nicht fest.

IV. Bücherschau.

Die richtiggestellten Hauptmethoden der Harnanalyse für die tägliche Praxis des Arztes, Apothekers und Chemikers, sowie für Studierende, Krankenhäuser, Sanatorien und ähnliche Institute. Von Dr. **P. Münz**, Badearzt und prakt. Arzt in Bad Kissingen, und Dr. phil. **N. Rosenberg**, Chemiker und Apotheker in Kattowitz. Mit 14 mikroskopischen Abbildungen auf 8 Tafeln. Berlin 1913, Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 73 S. 3 M.

In dem vorliegenden kleinen Werk geben die Verfasser eine Zusammenstellung der für die allgemeine Praxis wichtigen Methode der qualitativen und quantitativen Analyse des Harns. Sie haben nur solche Methoden aufgenommen, welche so einfach sind, daß der Praktiker sie auch ohne die Hilfsmittel eines größeren Laboratoriums anwenden kann; ferner sind diejenigen Punkte, in denen nach Ansicht der Verfasser von den weniger Erfahrenen gewöhnlich Fehler gemacht werden, besonders hervorgehoben (das bedeutet wohl der etwas sonderbar klingende Titel). Im allgemeinen entspricht das Buch durchaus seinem Zweck; es wird dem praktischen Arzt nicht nur hinsichtlich der Technik der Harnuntersuchung, sondern auch in bezug auf die Deutung und klinische Verwertung der Analysenresultate gute Dienste leisten. Was die Auswahl der Methoden

anlangt, so haben die Verfasser meist das Richtige getroffen; nur die quantitative Bestimmung des Zuckers hätte eingehender besprochen werden müssen. Die beigegebenen Abbildungen sind nicht gerade hervorragend. R. L.

Chemische Probleme in der Gesundheitslehre. Von Prof. **Peter Bergell,** Arzt für innere Krankheiten, Privatdozent an der Universität Berlin. Leipzig, Max Hesses Verlag. 114 S. Eleg. geb. 1,35 M.

Vorliegende Schrift gehört zu einer Sammlung von „Hausbüchern zur Erhaltung der Gesundheit", die im Auftrage des Verbandes der Aerzte Deutschlands von San.-Rat Dr. Beerwald (Berlin) und Sanitätsrat Dr. H. Dippe (Leipzig) herausgegeben wird. Es handelt sich um allgemeinverständliche Darstellungen, welche hygienische Aufklärung in die weitesten Kreise tragen sollen. Bergell behandelt speziell die physiologisch-chemischen Grundlagen der Ernährungslehre und der Arzneiwirkung. Er hat sich redliche Mühe gegeben, den Stoff so darzustellen, daß ein gebildeter Leser ohne Vorkenntnisse in der Chemie und Physiologie der Darstellung folgen kann. Gebildete Laien, aber nur solche, werden daher mit Nutzen das Buch lesen. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Bei der Beratung des Medizinaletats in der Budgetkommission des preußischen Abgeordnetenhauses in der vorigen Woche wurde auch über das Kapitel „**Krankenkassen und Aerzte**" verhandelt. Von einem fortschrittlichen Mitgliede (das in dem offiziellen Bericht nicht genannt ist, vermutlich aber doch wohl Kollege Mugdan war. Red.) wurde die Kommission über die gegen den Leipziger Verband verbreiteten Unwahrheiten aufgeklärt, ferner über die Gründe, die den Verband zu seiner ablehnenden Haltung gegenüber der vom Staatssekretär Dr. Delbrück angeregten „Verständigungskonferenz" veranlaßt hätten. Der Minister des Innern erklärte sich als Freund von Tarifverträgen und suchte bei dieser Gelegenheit seinen Erlaß über die **Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine** zu rechtfertigen, der aber trotzdem darauf von einem nationalliberalen Mitglied als ein Mißgriff bezeichnet wurde. Des weiteren kam dann die von dem Betriebskrankenkassenverband ausgesprochene Idee zur Sprache, im Notfalle Kreisärzte als Kassenärzte hinzuzuziehen, eine Idee, die der Regierungskommissar ausdrücklich mißbilligte.

— Zu der Mitteilung über die letzte Sitzung der **Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin** ist berichtigend nachzutragen, daß dem Antrage der Provinz Hannover betr. anderweitige Regelung der Tagegelder und Reisekosten in gerichtlichen Angelegenheiten in der Weise Folge gegeben wurde, daß zunächst der Minister um eine authentische Interpretation gebeten werden soll.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Auch an der hiesigen Universität ist jetzt von den Studierenden der Medizin die **Ausländerfrage** in Angriff genommen worden. Sie hielten kürzlich eine Versammlung ab, in der sie ihre Forderungen in 10 durchaus diskutablen Thesen präzisierten. Der Halleschen Klinikerschaft sprach die Versammlung ihre Sympathie aus. Ausdrücklich wurde im Hinblick auf die Tatsache, daß in Berlin ein großer Teil der ausländischen Mediziner Russen jüdischer Konfession sind, jede antisemitische Tendenz der Bewegung in Abrede gestellt. — Im Anschluß an die Versammlung bildete sich — für Berlin ein Novum — eine **Klinikerschaft,** der sich die Studierenden der Kaiser-Wilhelms-Akademie für Fragen der Repräsentation und der Geselligkeit anschließen wollen.

— Geheimrat Heubner ist anläßlich seines 70. Geburtstages vom Verein für Innere Medizin und Kinderheilkunde zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Kiel. Der ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie Geheimer Medizinalrat Dr. Arnold L. G. Heller ist gestorben. Der Dahingeschiedene, ein geborener Bayer, war seit 1866 Arzt. Nach seiner Approbation unternahm er eine längere Studienreise, auf der er, der seine ersten einschlägigen Kenntnisse von Zenker in Erlangen erworben hatte, seine Ausbildung in der pathologischen Anatomie bei Rokitansky in Wien vervollkommnete. Nach der Heimat zurückgekehrt, habilitierte er sich 1869 in Erlangen für pathologische Anatomie. Von dieser Stellung aus wurde Heller 1872 als Ordinarius nach Kiel berufen und ist bis zu seinem Lebensende ununterbrochen daselbst verblieben. Heller hat eine ziemlich umfangreiche Tätigkeit als wissenschaftlicher Schriftsteller entfaltet und auch viele Schüler zu Arbeiten angeregt. Er förderte die Kapitel von der Entzündung, den von ihm so bezeichneten „Invasionskrankheiten", den durch Schmarotzer in der Leber und im Darm hervorgerufenen Affektionen und noch manch andere Gebiete seines Faches. In den letzten Jahern befaßte er sich speziell mit dem Studium der Infektionserreger der Tuberkulose.

Königsberg i. P. Oberstabsarzt Dr. Sinnhuber, leitender Arzt der inneren Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, hat den Professortitel erhalten.

Frankfurt a. M. Als Nachfolger des an das Krankenhaus St. Georg in Leipzig berufenen Herrn Dr. Reinhardt ist Herr Dr. Edgar Goldschmidt, I. Assistent am pathologischen Institut der Universität Genf, zum Prosektor des Senckenbergischen pathologischen Instituts berufen worden.

Leipzig. Als Nachfolger des verstorbenen Pädiaters Soltmann in Leipzig war an erster Stelle Prof. Finkelstein in Berlin vorgeschlagen. Die Regierung hat sich aber für Prof. Thiemich (Magdeburg) entschieden.

Würzburg. Dem Privatdozenten der Pharmakologie Dr. phil. et med. Flury ist ein Reisestypendium von 1440 M. aus bayerischen Staatsmitteln verliehen worden.

— Der bisherige Titularextraordinarius Prof. Dr. Karl Wessely ist als Nachfolger von Prof. v. Hess zum ordentlichen Professor und Direktor der Universitäts-Augenklinik ernannt worden.

Erlangen. Dr. Erich Toeniessen ist zum Oberarzt der medizinischen Universitätsklinik ernannt worden.

Heidelberg. Dr. Franz Lust hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Straßburg i. E. Zum Nachfolger von Prof. A. Czerny auf dem Lehrstuhl der Kinderheilkunde an der hiesigen Universität ist Prof. Dr. Bruno Salge von der Universität Freiburg i. Br. berufen worden.

Wien. Eine von uns bereits vor längerer Zeit gebrachte und dann wieder dementierte Nachricht ist neuerdings wieder von einer Tageszeitung veröffentlicht worden: Prof. v. Noorden in Wien soll darnach die Absicht hegen, seine hiesige Tätigkeit aufzugeben und in seinen früheren Wirkungskreis nach Frankfurt a. M. zurückzukehren.

Prag. Als Nachfolger des verstorbenen Klinikers Prof. Dr. Pribram ist Prof. Dr. R. Schmidt (Innsbruck) zum ordentlichen Professor der inneren Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik ernannt worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Unter Vorsitz von Exzellenz v. d. Leyen fand am 28. d. M. eine Vorstandssitzung der **Zentralstelle für das Rettungswesen an Binnen- und Küstengewässern** statt, an welcher die Herren Geheimer Baurat Eger, Regierungsräte Breger und v. Schumann, Max Jordan usw. teilnahmen. Es wurde beschlossen, einen Bericht über die bisherige Tätigkeit der Zentralstelle drucken zu lassen, ferner, verschiedene Anregungen zur Förderung der Rettung Ertrinkender weiter zu verfolgen. Das „Archiv für Rettungswesen und erste ärztliche Hilfe" wurde als Zeitschrift der Zentralstelle erklärt. Von den Herren Weidler und Elsell wurde angeregt, darauf hinzuwirken, daß alle Bademeister schwimmkundig und alle Schwimmlehrer in der ersten Hilfe ausgebildet werden sollten. Ferner wurden weitere Vorschläge über die Verbesserung der Rettungsvorkehrungen in den Seebädern und in Badeanstalten an Binnengewässern beraten. Eine Anregung von Professor George Meyer, betreffend die erste Hilfeleistung im Gebiete der Hochseefischerei, wurde zur Kenntnis genommen und weiteres Material für diesen Zweck zu sammeln beschlossen.

— Die **Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei** hat, einem schon früher geäußerten Wunsche der Dresdener Ortsgruppe folgend, in der am 18. Januar abgehaltenen Generalversammlung für die nächsten Jahre Dresden zum Vorort gewählt. Die bisherige Vorstandschaft hatte, da der bisherige erste Vereinsvorsitzende Dr. Siefart, seine schon wiederholt geäußerte Absicht, den Vorsitz niederzulegen, nach zehnjährigem Ausharren auf seinem mühevollen Posten nicht mehr rückgängig machen ließ, den Vorschlag sich zu eigen gemacht. Nach warmer Anerkennung der unermüdlichen Arbeit des bisherigen Vorsitzenden wurde die neue Vorstandschaft gewählt, der in Dresden unter anderen die Herren Wirkl. Geh.-Rat Exzellenz Prof. Dr. Fiedler, Geheimrat Prof. Dr. Schmorl, Prof. Beuthien, Medizinalrat Thiersch angehören. Zum provisorischen Vorsitzenden mit Leitung der Geschäfte wurde Dr. Neustätter (Dresden-Hellerau) gewählt, an den bis auf weiteres alle für die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums bestimmten Zuschriften, Sendungen und Anfragen zu richten sind.

Gießen. Unter dem Vorsitz des Geheimen Medizinalrats Professor Dr. Vossius (Gießen) hat sich am 19. Januar d. J. eine **Vereinigung der hessischen und hessen-nassauischen Augenärzte** konstituiert, der bisher 60 Mitglieder beigetreten sind. Es ist eine zweimalige Zusammenkunft der Mitglieder im

Jahre zu wissenschaftlichen Sitzungen beabsichtigt, die abwechselnd in Gießen, Marburg und den größeren Städten des Bezirks abgehalten werden sollen.

Wien. Die **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde** in Wien hat zu korrespondierenden Mitgliedern die Herren Franz Hofmeister (Straßburg i. E.), Pierre Marie (Paris), L. R. Müller (Augsburg) und Adolf Schmidt (Halle a. S.) gewählt.

Gerichtliches.

Berlin. Infolge unzulässiger Anpreisung angeblich unfehlbarer Heilmittel war der Apotheker Paul G., der in Berlin ein Versandgeschäft betreibt, wegen **unlauteren Wettbewerb** angeklagt. G. vertreibt eine Teemischung unter dem Namen „Apotheker G.s Entfettungstee", die nach dem Gutachten des Regierungsrats Prof. Dr. Juckenack in der Hauptsache aus Sennesblättern besteht. Eine in der Zusammensetzung ähnliche Teemischung pries er unter dem Namen „Antirheumatischer Blutreinigungstee" an, ebenso einen „Diabetikertee", der, wie es in den Prospekten hieß, jedem Zuckerkranken Heilung bringen sollte. Eine einfache, aus weißem Quecksilberpräzipitat bestehende Salbe, die in jeder Apotheke für ein paar Pfennige zu erstehen ist, war von ihm als „weltberühmte G.sche Augensalbe" vertrieben worden, die sogar bei „beginnendem grauen Star" Heilung bringen und „fast jedes Augenleiden" beseitigen sollte. Die 2. Strafkammer des Landgerichts I in Berlin erkannte wegen des unlauteren Wettbewerbes auf 1000 M. Geldstrafe und wegen Uebertretung der einschlägigen Polizeiverordnungen auf 50 M. Geldstrafe.

Mailand. Es ist gerade keine Seltenheit, daß gegen einen Operateur wegen einer unglücklich verlaufenen Operation ein Haftpflichtprozeß angestrengt wird; weniger alltäglich aber dürfte es sein, wenn ein Arzt, der hinsichtlich des funktionellen Endresultates einen nicht nur gut, sondern glänzend verlaufenen operativen Eingriff ausgeführt hat, wegen eben dieses Eingriffs in einen **Schadenersatzprozeß** verwickelt wird. Dieses Schicksal ist, wie die Tageszeitungen berichten, kürzlich dem hervorragenden Mailänder Laryngologen Prof. Temistocle della Vedova von dem berühmten italienischen Sänger Caruso bereitet worden. Caruso war, wie seinerzeit auch die Zeitungen meldeten, zu Beginn des Jahres 1911 an einer Neubildung im Kehlkopfe erkrankt, die von Prof. della Vedova mit so ausgezeichnetem Erfolge operiert wurde, daß der Sänger wieder in den Vollbesitz seiner wertvollen Stimme gelangte. Das Natürliche wäre nun offenbar gewesen, daß Caruso dem erfolgreichen Arzte ewige Dankbarkeit bewahrt und bezeugt hätte. Der Sänger betrachtete die Sache jedoch von einem wesentlich anderen Standpunkte. Er fühlte sich durch einige Aeußerungen, die Prof. della Vedova einem Redakteur des „Corriere della Sera" gegenüber über das voraussichtliche funktionelle Endresultat des Eingriffs getan hatte, in seiner Existenz geschädigt und klagte auf die Zahlung einer Million Lire als Schadenersatz. Das Gericht wies die Klage vollinhaltlich ab. Die von dem Mailänder Blatte veröffentlichten Mitteilungen des behandelnden Arztes seien nicht als eine Verletzung des Berufsgeheimnisses anzusehen, da sie lediglich mit aller Vorsicht den wahrscheinlichen Verlauf der Heilung geschildert hätten.

Verschiedenes.

Berlin. Die Budgetkommission des preußischen Abgeordnetenhauses hat die Summe, die der Staat alljährlich zu den Kosten der **Krebsforschung** beiträgt, von 7000 M. auf 10 000 M. erhöht. — Außerdem wurde bei den Beratungen mitgeteilt, daß zurzeit Erhebungen über die Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts zum Studium der anatomischen Grundlagen der Geisteskrankheiten veranstaltet werden.

— In der vorigen Woche beschäftigten sich drei verschiedene Versammlungen mit den Wegen, die in der nächsten Zeit auf dem Gebiete der **Säuglingsfürsorge** einzuschlagen sind.

Erstlich tagte am 29. Januar im Kaiserin Auguste-Victoria-Hause die Kommission für die Festlegung von einheitlichen Grundsätzen für die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen unter dem Vorsitz des Kabinettsrats a. D. Kammerherrn v. Behr-Pinnow. Die Referate hatten die Herren Professor Langstein (Berlin) und Professor Ibrahim (München) übernommen. Man kam zur Annahme folgender Leitsätze:

1. Es ist notwendig, zwischen der Ausbildung der Säuglingskrankenschwester und der Pflegerin eines gesunden Kindes in der Familie (Säuglingspflegerin) zu unterscheiden.

2. Für die Säuglingskrankenschwester ist die Ausbildung auf zwei Jahre zu bemessen. Von den zwei Jahren soll mindestens ein Jahr der Säuglings- und Kinderpflege gewidmet sein.

3. Die Ausbildungszeit wird durch Ablegung einer Prüfung an einer öffentlich zugelassenen Anstalt beendet. Die Säuglingskrankenschwester soll sodann durch staatliches Diplom geschützt werden, dessen Erteilung die vorherige Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege zur Voraussetzung hat. Die hierfür staatlich erforderte Zeit von einem Jahre soll unter entsprechenden Umständen auf sechs Monate ermäßigt werden.

4. Zur Ausbildung und Prüfung in der Säuglingskrankenpflege sollen nur Säuglingsheime, Kinderkrankenhäuser oder Kinderabteilungen zugelassen werden, deren Säuglingspflege nach modernen Gesichtspunkten organisiert ist und die einem speziellen Fachmanne — einem Kinderarzte — unterstehen. Die Berechtigung zur Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege kann auch Kinderkrankenhäusern mit geeignetem Krankenmaterial (größere Kinder, chirurgische Abteilung) zugestanden werden.

5. Bei den Uebergangsbestimmungen soll nicht die Zeit, die von der Bewerberin in der praktischen Säuglingspflege zugebracht wurde, in Rücksicht gezogen werden, sondern die Zeit, die der Ausbildung gewidmet wurde, und die Anstalt, an der die Ausbildung erfolgte. Im Zweifelsfalle ist durch eine Prüfung an einer der staatlich zugelassenen Anstalten der Befähigungsnachweis zu erbringen.

6. Für die Ausbildung der Pflegerin eines gesunden Kindes in der Familie (Säuglingspflegerin) sollen durch behördliche Leitsätze einheitliche Gesichtspunkte geschaffen werden. Die Ausbildung, für die nur Säuglingsheime, Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen, deren Säuglingspflege nach modernen Gesichtspunkten organisiert ist und die einem speziellen Fachmanne — einem Kinderarzte — unterstehen und von einer von der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz einzusetzenden Fachkommission genehmigt sind, in Betracht kommen, soll mindestens ½ Jahr betragen. Sie wird durch Ablegung einer Prüfung an einer der genannten Anstalten beendet.

7. Zur Ausarbeitung eines einheitlichen Lehrplanes soll eine Kommission eingesetzt werden.

Am 30. Januar versammelten sich an derselben Stelle, ebenfalls unter dem Vorsitze des Herrn v. Behr-Pinnow, Vertreter und Vertreterinnen von Säuglingskrippen aus ganz Deutschland. Nach Referaten der Herren Dr. Boehm (Frankfurt a. M.) und Dr. Rott (Berlin) wurde die Gründung eines **Deutschen Krippenverbandes** beschlossen.

Die dritte der genannten Tagungen war die ordentliche Mitgliederversammlung der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz im Herrenhause unter Vorsitz des Geh. Ober-Med.-Rats Prof. Dr. Dietrich und später des Kammerherrn v. Behr-Pinnow. Dieser wurde zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. An Stelle des nach München berufenen Prof. Kaup wurde Oberarzt Rott zum ersten Schriftführer der Zentrale gewählt. Nach Abstattung des Jahres- und Rechnungsberichtes wurde besonders die Vorbereitung der für den 26. März dieses Jahres in Aussicht genommenen zweiten Preußischen Landeskonferenz besprochen. Sie wird im Plenarsitzungssaale des Herrenhauses stattfinden. Als Referate sind zunächst in Aussicht genommen: 1. Der Wert der Stillunterstützung und der Stillprämien für die Förderung des Selbststillens. 2. Die Organisation der Kleinkinderfürsorge.

— Die Stadtverordnetenversammlung genehmigte in der Vorwoche die Magistratsvorlage betreffs **Neuordnung des Berliner Rettungswesens.** Nach einem Beschluß der Versammlung sollte die Leitung des gesamten Berliner Rettungswesens zum 1. April d. J. auf die Stadt übergehen. Der Magistrat hat inzwischen das gleichfalls von der Versammlung geforderte Kuratorium zur Verwaltung des Rettungswesens eingesetzt, dieses hat sich wegen Regelung des ärztlichen Wachtdienstes mit der Aerztekammer in Verbindung gesetzt und es sind eine Reihe von Grundsätzen aufgestellt worden, die in allen wesentlichen Punkten die Zustimmung der Aerzteschaft gefunden haben. Das Hauptaugenmerk wird darauf gerichtet, daß die beteiligten Aerzte in möglichst nahe und dauernde Verbindung mit den einzelnen Wachen gebracht werden sollen. Zur Regelung und Beaufsichtigung des ärztlichen Dienstes soll für jede „Rettungsstelle" — dies soll der Name der Stationen des städtischen Rettungswesens sein — ein Aufsichtsarzt gestellt werden; schließlich ist vorgesehen, daß an die Spitze der gesamten am Rettungswesen beteiligten Aerzteschaft ein oder mehrere Aerzte als ärztliche Direktoren des Rettungswesens gestellt werden. Es wird angenommen, daß die gesamten künftigen Kosten des Berliner Rettungswesens nach Durchführung der vorgeschlagenen Neuordnung sich nicht höher stellen, als die bisher von den städtischen Behörden bewilligten. (Nach „Voss. Ztg.")

VI. Amtliche Mitteilungen.

Hessen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Lehr, Kreisarzt in Darmstadt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang **Berlin, 15. Februar 1913** **No. 7**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 15. Februar 1913** **No. 7**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Beobachtungen über das Radiosclerin bei Arteriosklerose, Rheumatismus, Gicht.

Von

Dr. med. **Ebeling** (Berlin).

Es hat eine Periode in der Medizin gegeben, in welcher man in bezug auf die Verwendung von Mitteln aus dem Laboratorium des Chemikers und Botanikers dem ärgsten Nihilismus huldigte. Diese Periode stellt gleichsam eine Reaktion vor gegen diejenige Epoche in der Therapie, in welcher man sich nicht genugtun konnte mit Mitteln aus der Apotheke. Goethe geißelt solche therapeutische Vielgeschäftigkeit mit blutigem Hohn in seinem Faust:

> Mein Vater war ein dunkler Ehrenmann,
> Der in Gesellschaft von Adepten
> Sich in die schwarze Küche schloß
> Und nach unendlichen Rezepten
> Das Widrige zusammengoß.
> So haben wir mit höllischen Latwergen
> In diesen Tälern, diesen Bergen
> Weit schlimmer als die Pest getobt.

In der Tat konnte man bei dem Tiefstand der Chemie, der Physik, der Naturwissenschaften jener Tage wohl kaum von einem mehr denn „Zusammengießen" reden; man probierte lustig darauf los.

Die auf solchen bodenlosen Wirrwarr als Reaktion folgende Zeit des therapeutischen Nihilismus hat seinerzeit L. Posner sehr treffend charakterisiert, wenn er sagt, die Zwischenzeit, welche in der Behandlung des Kranken zwischen der Stellung der Diagnose und dem Versterben des Patienten lag, wurde therapeutisch durch Mixtura gummosa ausgefüllt. Diesem Zustande des therapeutischen Radikalismus mußte ein Ende bereitet werden durch die gewaltigen Fortschritte auf dem Gebiete der Chemie, insbesondere auch der organischen, und dem der Physik. Die pharmaceutische Industrie begann mächtig ihre Schwingen zu regen; an die neuesten Erfindungen auf dem Gebiete der Chemie trat der medizinische Forscher, um zu sehen, ob die neue Entdeckung sich nicht irgendwie therapeutisch verwerten ließe; insbesondere riesenhaft war der Aufschwung der deutschen pharmaceutischen Industrie. Weltfirmen entstanden auf diesem Gebiete, welche unablässig neue Mittel auf den therapeutischen Markt bringen, vor dessen Ueberfülle der Arzt steht, um zu suchen, welche Mittel für den Praktiker in Betracht kommen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Therapie mächtige Anregungen aus der pharmaceutischen Industrie empfangen hat und noch täglich empfängt. Fast fängt man bereits zu seufzen an ob der Fülle. Die sogenannte meist von Laien ins Leben gerufene Naturheilmethode stellt im innersten Kern einen Protest gegen den pharmaceutischen Ueberfluß dar, ein Protest, der sich viel zu radikal gebärdet, um durchschlagenden Erfolg erzielen zu können; weit eher vermag die von Aerzten in die Hand genommene physikalisch-diätetische Heilmethode der Polypragmasie auf dem Gebiete der pharmaceutischen Industrie einen Riegel vorzuschieben und auf diese Weise zu einem wirklichen Gleichgewicht innerhalb der verschiedenen therapeutischen Betätigungen zu gelangen. Wie weit ist doch das Feld derselben! Neben die genannte pharmaceutische Therapie stellt sich die Serumtherapie, die Therapie auf Grundlage der inneren Sekretion — die Organtherapie, die Lichttherapie. Letztere verdankt dem Physiker ihre Entstehung. Auch er stellte sofort die Ergebnisse seiner Forschung in den Dienst der Therapie. Was werden wir auf diesem Gebiete noch für Offenbarungen erfahren! Auch die neueste physikalische Entdeckung, die des Radium, wurde sofort auf ihre Brauchbarkeit hin für therapeutische Zwecke auf Herz und Nieren geprüft. Wir stehen entschieden in der Radiumtherapie vor dem Eingang einer großen therapeutischen Schatzkammer. Wer hebt den Schatz?

Neben dem Physiker ist in erster Linie der Arzt hierzu berufen. Es zeugt von dem hohen Ernst der deutschen medizinischen Forschung, wenn man sieht, welche gewaltigen Furchen der Pflug des Arztes auf dem Acker des Radium und der ihm verwandten Stoffe bereits gezogen hat.

Mit fieberhafter Tätigkeit suchte man in Deutschland aus dem in Frankreich von Madame Curie gefundenen neuen Stoffe therapeutische Schätze zu heben. Im Laboratorium des Klinikers, in der Klinik, im Kabinett des Praktikers, in Sanatorien, in Badeorten befaßte man sich eifrig mit der Erforschung der therapeutischen Wirkung des Radium. Insbesondere zeigten sich die deutschen Badeorte beflissen, ihre in den Heilquellen enthaltenen, dem tiefen Schoße der Mutter Erde entströmenden Schätze an Radium therapeutisch dienstbar zu machen. Wer kennt nicht, um ein Beispiel zu nennen, die emsige wissenschaftliche Tätigkeit der Kreuznacher Aerzte! Und wie hier, so aller Orten. Die Badedirektionen schufen in praktischer Weise alle Baulichkeiten — vom Radiuminhalatorium an bis zum Radiumbad —, welche dem Stande der Radiumtherapie entsprechend waren. Ungeheuer ist die Literatur über die therapeutische Verwendung des Radium angeschwollen. Dem praktischen Arzt, der vor dem reichen Gabentempel der Radiumtherapie steht, fällt es schwer, aus der Fülle der Gerichte das für seine Kranken Passende herauszufinden. Bald schlugen die Wogen der Begeisterung für die Radiumtherapie hoch auf, bald aber auch zeigten sich Wellentäler. Dem Praktiker liegt es ob, sich aus der Fülle der wachsenden Erscheinungen herauszuretten auf den festen Boden einer Radiumtherapie, die zwischen Optimismus und Pessimismus den festen geraden Mittelweg einschlägt.

Ein Gutes zeigt die moderne Radiumforschung. Ihr Boden ist noch so jungfräulich, daß sich jeder Mediziner, vor allem auch der beschäftigte Praktiker, an der Forschung beteiligen kann; ja, gerade der Praktiker wird berufen sein, ein kräftiges Wort bei der therapeutischen Verwertung des Radium mitzusprechen. Er wird bei kühler Beobachtung sich bald über den Wert der verschiedenen Einbringung des Radium in den menschlichen Körper — sei es auf dem Wege der Einatmung, des Bades, des Einnehmens in flüssiger Form — schlüssig werden. Bei der therapeutischen Verwendung der Radiumbestrahlung wird allerdings der Spezialist das entscheidende Wort führen — aber alle anderen therapeutischen Betätigungsgebiete des Radium stehen auch dem vielbeschäftigten Praktiker zur Anwendung und Beurteilung offen. Wir müssen es der Industrie, welche sich sofort auf der Radiumforschung aufbaute, zum Lobe sagen, daß sie es verstanden hat, dem Praktiker das Radium in Gestalt der Tabletten in die Hand zu geben, welche eine genaue Dosierung des Radium zulassen.

Eine solche Tablette liegt uns vor in dem Produkt, Radiosclerin genannt, welches die Firma Däubler & Co., Berlin-Halensee, den Aerzten zur Verfügung stellt. Der Privatdozent für Radiumforschung in Berlin Herr Dr. Rudolfi, der sich mit der physiologischen und chemischen Beschaffenheit des Radium beschäftigt, sagt:

„Die im Radiosclerin enthaltenen chemischen Stoffe sind sämtlich als unschädlich für den menschlichen Organismus bekannt. Vor allem fehlen Jod und Arsen.

Im Gegensatz zu den meisten bisherigen Radiumpräparaten für den internen Gebrauch enthalten die Tabletten nicht die sehr unbeständige Emanation, die in kurzer Zeit völlig zersetzt ist, sondern **wirkliches Radiumsalz**, welches eine andauernde unveränderte Aktivität aufweist. Der Radiumgehalt der Tabletten ist ein erheblicher. Ein Röhrchen Radiosclerin à 18 Tabletten enthält $4{,}65 \cdot 10^{-4}$ mg Radiumchlorid."

Wir gestehen offen, daß Herr Dr. Rudolfi uns den letzten Anstoß gegeben hat, das, was er als reiner Radiumforscher fand, auf dem Gebiete der Therapie an Kranken zu versuchen. Es ist natürlich, daß man zu abschließenden Resultaten erst nach Jahr und Tag kommen kann; aber man ist doch imstande, aussichtsreiche Perspektiven zu eröffnen, vorzubauen, andere Kollegen zur Nachprüfung anzuregen. Dies ist ja das Schöne bei der handlichen Art des Radiosclerin, daß jeder Arzt damit Versuche anstellen kann. Es heißt hierbei durchaus nicht: „Jurare in verba magistri", sondern jeder Arzt kann sich selbst nach Maßgabe seiner Erfolge sein Urteil bilden. Es wäre schon viel erreicht, wenn eine Anzahl praktischer im Leben stehender Aerzte das Radiosclerin prüfen wollten. Man mag bezüglich der Anwendung von Mitteln auf einem Boden stehen, auf welchem man will — Versuche mit Radiosclerin braucht kein Arzt von seinem prinzipiellen Standpunkte aus abzuweisen; selbst wer von den Mitteln der Apotheke nichts wissen will, kann doch an dem Radiosclerin nicht achtlos vorbeigehen, denn es birgt doch vermöge seines Radiumgehaltes ein Naturheilmittel ersten Ranges in sich. Wir möchten also alle Kollegen bitten, selbst Versuche anzustellen, zumal es den Anschein hat, als ob das Radiosclerin auf eine bislang aller Therapie trotzende Erkrankung einen günstigen Einfluß ausübt — nämlich auf die Arteriosklerose.

Gewiß wird man mit Recht ungläubig mit dem Kopfe schütteln dürfen.

Was haben wir Aerzte bislang alles für therapeutische Fehlschläge auf dem Gebiete der Arteriosklerosenbekämpfung erlebt! Wie oft lasen wir es: „Sicheres Mittel gegen die Arteriosklerose." Aber immer war nur der Wunsch, helfen zu können, der Vater des Gedankens, der uns ins Praktische übertragen in Form irgendeines vielversprechenden Heilmittels präsentiert wurde. Aber immer wieder mußten wir schöne Hoffnungen zu Grabe tragen.

Wie oft ist wohl jeder Arzt in der Behandlung der Arteriosklerose den Leidensweg nach Canossa gegangen! „Hier war die Arznei, die Patienten starben und niemand fragte „Wer genas?", so sagt Faust zum Schüler Wagner.

Man wird nachgerade vollkommener Pessimist, wenn man von Heilmitteln gegen die Arteriosklerose hört; man baut hierbei sein therapeutisches Handeln im wesentlichen auf der Prophylaxe auf. Da kam uns der Bericht eines Berliner Arztes über die Verwendung von Radiosclerin bei Arteriosklerose und Gicht vor die Augen. Dieser Kollege gehört zu den meistbeschäftigten Praktikern in der Reichshauptstadt, der seine ausgedehnte Praxis lediglich seinen Leistungen verdankt, da ihn ein besonderer Titel nicht schmückt. Der Kollege hält nach seiner Erfahrung das Radiosclerin für ein Mittel, welches für die Behandlung der Arteriosklerose und Gicht ernste Bedeutung verdient.

Wir gestehen ganz offen, ohne dieses dem Radiosclerin gespendete Lob wären wir wohl nicht an die Behandlung von Arteriosklerotikern gegangen, da man von vornherein auf dem Standpunkt steht: „Sal ac laborem perdidi."

Ohne uns über die theoretische Berechtigung, Radiosclerin bei der Behandlung der Arteriosklerose zu verwenden, auseinandergesetzt zu haben, gingen wir den zunächst naheliegendsten Weg, selbst Versuche anzustellen. Selbstverständlich können dieselben erst nach Jahr und Tag zu greifbaren Resultaten führen. Man kann unmöglich verlangen, ein apodyktisches Urteil über ein Heilmittel bei lang andauernder Krankheit in wenigen Monaten zu fällen, wenngleich die Geschichte der Medizin in den letzten Jahren eine ganze Reihe von solchen Frühgeburten an Resultaten meldet. Aber man kann Hoffnung schöpfen, man kann einen betretenen Weg zäh verfolgen, sobald sich nur einige Lichtblicke dem Auge des Beobachters zeigen. Wir glauben, solche Eindrücke empfangen zu haben. Zu mir kommt eine 60 jährige Frau mit der totsicheren Diagnose „Aortenatherom"; dasselbe ist in der Klinik und auch in der Privatbehandlung festgestellt worden. Die Behandlung währt bereits 30 Wochen, ohne irgendwelche Resultate zu zeitigen. Patientin wagt sich kaum zu atmen; sie hat das Gefühl von Taumel, Ohrensausen und hinfälliger Schwäche. Nach mehrwöchigem Gebrauch von Radiosclerin kommt die Patientin eines Tages ganz glücklich an. Sie wagt frei zu atmen, ohne das Gefühl zu haben, daß ihr die Brust spränge; die Ohnmachtsanwandlungen sind selten geworden, „sie fühlt sich seit langer, langer Zeit wieder einmal als Mensch".

Eine anderweitige Therapie war nicht neben dem Gebrauch von täglich 6 Tabletten Radiosclerin eingeleitet worden.

Dieser Fall gibt zu denken; er eröffnet einen Lichtblick; das subjektive Befinden ist besser. Patientin war so schwach, daß nicht einmal an eine Jodtherapie bei ihr zu denken gewesen war. Patientin steigt jetzt zwei Stockwerke ohne wesentliche Anstrengung.

Eine gewisse Ähnlichkeit mit diesem ebengenannten zeigt Fall 2, wobei es sich um einen 52 jährigen Arteriosklerotiker handelt. Das Leiden beruht wohl auf nervöser Ueberarbeitung. Patient ist Geschäftsführer in einem flott gehenden Geschäft und kommt vom frühen Morgen bis späten Abend sozusagen nicht aus den Sielen; selbst Sonntags muß die Geschäftszeit von 8—10 und 12—2 innegehalten werden. Die einzige Erholung bilden 2 Wochen Schonzeit im Sommer seit einer langen Kette von Jahren.

Patient bringt die üblichen Klagen des Arteriosklerotikers mit; seine Radialarterien zeigen die bekannte Schlängelung. Nach mehrwöchigem Gebrauch von Radiosclerin erklärt Patient wörtlich: „Ich fühle mich recht erfrischt, das Greisenhafte ist aus meinem Körper gewichen." Also auch hier tritt eine Euphorie ein. Ueberhaupt scheint das Radiosclerin auf die geistige Regsamkeit günstig zu wirken.

Hierfür diene folgender Fall:

Patientin nimmt Radiosclerin wegen einer Schmerzhaftigkeit im rechten Kniegelenk in der Nähe der Patella; das Leiden wird zunächst für ein gichtisch-rheumatisches gehalten. Patientin, Tochter des Präsidenten einer Republik, viel gereist, hat mancherlei ärztliche Hilfe wegen des Knies in Anspruch genommen. Nach mehrwöchigem Einnehmen von täglich 6 Tabletten Radiosclerin status idem; das Heruntersteigen der Treppen ist besonders schmerzhaft. Um der Sache auf den Grund zu gehen, wird durch den Spezialkollegen Herrn Dr. H. in Berlin eine Röntgenaufnahme der Kniegegend gemacht. Herr Kollege Dr. H. findet bei Deutung des Bildbefundes nichts, was auf eine gichtisch-rheumatische Affektion schließen ließe. Da Radium und mithin auch Radiosclerin als bereits festliegendes wissenschaftliches Resultat seiner Wirksamkeit seine Haupttätigkeit auf gichtisch-rheumatischem Gebiete ausübt, so konnte folgerichtig in diesem Falle auch keine Wirkung eintreten. Wahrscheinlich ist das Uebel auf einen Fall in der Jugend zurückzuführen; das Bild zeigt eine Sehnenverdickung. Die sehr intelligente Dame, welche in der spanischen Literatur einen guten Ruf besitzt, bemerkt aber, daß mit dem Nehmen des Radiosclerin ihre geistige Spannkraft gewachsen ist, so daß sie stundenlang ohne Ermüdung am Schreibtisch arbeiten kann. Es ist möglich, daß vom Radiosclerin eine Einwirkung auf das Gehirn stattfindet. Damit dürfte vielleicht die Euphorie der obengeschilderten Fälle zusammenhängen; ebenso wie die Beobachtung des zuerst angezogenen vielbeschäftigten Berliner Praktikers. Vielleicht findet eine bessere Versorgung des Gehirns mit Blut statt. Indessen, wir wollen uns nicht auf das schlüpfrige Gebiet der Deutung begeben, sondern einfach die gewonnenen Resultate auf uns einwirken lassen.

Ein Arbeiter, der längere Zeit mit Blei zu tun gehabt hat, kommt zu uns mit den bei den Arteriosklerotikern üblichen Klagen. In der Hauptsache beherrschen hier Störungen von seiten des Herzens den Krankheitsbefund; ungemein häufige Schwindelanfälle nötigen zur Niederlegung der Arbeit. Patient hat selbst das Gefühl, daß er einmal bei der Arbeit zusammenbrechen würde. Unter Ausschaltung jeder anderen Therapie wird wochenlang Radiosclerin gegeben. Patient bessert sich derartig, daß die Schwindelanfälle, die Kopfschmerzen, die Angst ganz aufgehört haben. Er fühlt sich wieder wohl und schreibt die Besserung seines Leidens dem Radiosclerin zu.

Wir enthalten uns jeder Deutung, sondern verweisen zunächst nur auf die geschilderten Erscheinungen. Vielleicht entschließt sich ein oder der andere von in der Praxis stehenden Kollegen, Versuche mit Radiosclerin bei Arteriosklerose anzustellen. Bei einer Krankheit, von welcher Strümpell sagt, daß von einer eigentlichen Therapie keine Rede sein kann, da wir den Prozeß selbst durch kein Mittel zu beeinflussen imstande sind, sollte man doch mit Versuchen nicht aufhören, sobald sich nur ein Lichtschimmer zeigt. Einen solchen zeigt uns auch Jerabek in seiner Mitteilung vom 8. Oktober 1912 in Prag an den internationalen Radiogenkongreß. Bei der leichten Handhabung des Radiosclerin und seiner Ungefährlichkeit liegt es in der Macht jedes Praktikers, das Mittel zu versuchen und selbst zu sehen.

Auf dem Gebiete der Gicht und Rheumatismus wiederholen unsere Fälle nur die schon festgelegte Wirkung des Radium bei diesen Erkrankungen.

Manchmal sind die Erfolge geradezu verblüffend. Eine 49 Jahre alte Dame, Mutter mehrerer Kinder, welche infolge monatelanger rechtsseitiger Schwellungen im Knie- und Knöchelgelenk ihre Wohnung nicht mehr verlassen konnte, kann nach 6 wöchigem Gebrauch von Radiosclerin sich wieder frei bewegen. Die Schwellungen sind verschwunden, ebenso die Schmerzhaftigkeit. Die Patientin ist selbst ganz erstaunt und hat ihren 78 jährigen, an Arteriosklerose leidenden Schwager sofort zu einer Kur veranlaßt, über welche wir erst später berichten werden, da die Kur eben erst begonnen ist.

Der Praktiker, der im harten Kampf des Lebens steht, sollte ein Mittel wie das Radiosclerin, welches seiner Kunst Empfehlung bringt, nicht verschmähen. Wir sind fest überzeugt, daß dieser eine Fall eine ganze Reihe von Patienten für das neue Mittel interessieren wird, zumal die Patientin in ihrem Kreise als gichtkrank bekannt war und alle Welt über die schnelle Heilung erstaunt ist.

Bei einer 74 jährigen Dame schwanden die gichtischen Schwellungen nach dem Gebrauch von 6 Röhren Radiosclerin. Die Patientin hat seit Mitte November keinen Anfall mehr gehabt.

Eine ausgesprochene Lähmung der rechten oberen Extremität bei einer jungen Dame wurde äußerst glücklich nach 6 wöchigem Gebrauch von Radiosclerin gehoben. Es war eine Freude zu sehen, wie das junge Menschenkind, das zunächst voller Verzweiflung war über den Nichtgebrauch des rechten Armes, welcher schlaff herunterhing, nach und nach neuen Mut schöpfte, wie es merkte, daß der Arm allmählich beweglich wurde, so daß schließlich das Hineinstecken einer Nadel ins Haar mit dem vorher ausgeschalteten Arm möglich war.

Die Frau eines Postbeamten- welche seit Jahren ihr Reißen nicht losgeworden ist, fühlt sich heute ohne Schmerzen und ist im Vollgebrauch ihrer Gliedmaßen.

Es würde zu weit führen, im Rahmen dieser Abhandlung alle die schönen Resultate zu erwähnen, welche wir erzielt haben.

Freilich nicht immer krönt der Erfolg unser Bemühen. Vor uns steht der Fall einer Frau Rechtsanwalt W. Die Dame leidet seit Jahren an deformierender Gelenkentzündung, verbunden mit furchtbaren Schmerzen. Die Patientin hat alles versucht. Sie hat sich den Qualen einer Stauungsbehandlung bei Bier in Bonn seinerzeit ausgesetzt; sie ist am Knie operiert worden; sie war zweimal in Wiesbaden bei einem Kollegen, dessen geheimer Behandlung viel Rühmenswertes nachgesagt wird; — alles vergeblich. Heute ist die Dame Morphinistin, nur um leben zu können. Sie hat jetzt eine 6 wöchige Kur hinter sich; eine weitere wird sich anschließen; bisher war keine Besserung festzustellen.

Alles in allem genommen verdient das Radiosclerin ernstlich in Anwendung gebracht zu werden, zur Freude der Patienten und zur Freude des Arztes.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Martin Kretschmer** (Straßburg i. E.): **Ueber die Döhleschen Leukocyteneinschlüsse bei Scharlach.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Döhle hat bei Scharlach in den Leukocyten Einschlüsse gefunden, die er für Fragmente von Spirochäten hält. Verf. hat, wie er in einer früheren Arbeit schon mitgeteilt hat, ebenfalls bei Scharlach Leukocyteneinschlüsse gefunden; auch einige andere Untersucher fanden sie. Verf. stellt in der vorliegenden Arbeit die bisherigen in der Literatur über diese Frage niedergelegten Angaben zusammen und berichtet daran anschließend über die Ergebnisse seiner fortgesetzten Untersuchungen. Darnach werden die Döhleschen Leukocyteneinschlüsse bei allen frischen Scharlachfällen (bis zum 8.—10. Krankheitstage) gefunden. Bei anderen Krankheiten werden solche Einschlüsse selten gefunden, mit Ausnahme von Diphtherie und septischen Erkrankungen, wo sie etwas häufiger vorkommen. Da es sich aber bei den Krankheiten, bei denen die Einschlüsse sonst noch gefunden werden, meist um Erkrankungen handelt, die mit Scharlach nicht verwechselt werden können, so ist die Untersuchung des Scharlachs auf Döhlesche Körperchen ein Hilfsmittel für die Differentialdiagnose des Scharlachs. Die Einschlüsse sind nach Verfassers Ansicht keine Krankheitserreger und sind nicht spezifisch für Scharlach. Wahrscheinlich handelt es sich um Reaktionsprodukte der Leukocyten auf toxische Bakterienprodukte. Zur Darstellung der Einschlüsse ist nach Verf. die Mansonsche Färbung am besten geeignet.

Dr. **Felix Dyrenfurth** (Berlin): **Zum Kapitel des traumatischen Morbus Basedow.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Der traumatische Morbus Basedowii ist gegenüber der großen Zahl der traumatischen Neurosen ziemlich selten. Verf. berichtet deshalb über 3 Fälle, welche in der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin zur Beobachtung kamen. Von diesen drei Fällen war nur ein einziger bei einem Manne im Anschluß an einen Automobilunfall entstandener ein regelrechter Morbus Basedowii, während die beiden anderen Fälle mehr als Formes frustes erschienen. Diese betrafen eine Tele-

graphengehilfin, welche mehrere elektrische Schläge im Betrieb erlitten hatte, und eine Frau, bei welcher die Erkrankung nach einem stumpfen Trauma des Kopfes entstanden war. In diesen beiden Fällen waren auch ausgeprägte hysterische Stigmata vorhanden. Der Mann war vor dem Unfall anscheinend ganz gesund, während bei den beiden weiblichen Patienten schon vor dem Unfall nervöse Symptome resp. eine familiäre Disposition bestanden; indes waren sie bis dahin voll erwerbsfähig. In allen drei Fällen nahm die Entwicklung des Leidens längere Zeit in Anspruch, mehrere Monate bis mehrere Jahre. Verf. hält die Prognose in allen drei Fällen für nicht günstig.
R. L.

Chirurgie.

Prof. **Wilms** (Heidelberg): **Die Erfolge der nach meiner Methode ausgeführten perinealen Prostatektomien mit seitlichem Schnitt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Verf. berichtet über die von ihm angegebene Methode der perinealen Prostatektomie mit seitlichem Schnitt, die er bisher in 42 Fällen ausgeführt hat. Der Gang der Operation ist folgender: Zunächst Orientierung über die Funktionsfähigkeit der Nieren mittels Indigokarmin. Die Operation selbst wird bei Lokalanästhesie ausgeführt. Entweder Injektion am Nervus pudendus und gleichzeitige Einspritzung zwischen Blase und Mastdarm oder epidurale Anästhesie: Zuerst Einspritzung in den Sacralkanal von 20 ccm physiologischer NaCl-Lösung mit 4—5 Tropfen Adrenalinlösung, dann langsame Injektion von 20 ccm einer 2proz. Novocainlösung. Patient liegt in Steinschnittlage. Nach Füllung der Blase wird der Retraktor von Young eingeführt, das Skrotum wird nach oben gezogen und nun parallel dem unteren Schambeinast ein Hautschnitt gemacht, der vorn bis auf 1½—2 cm an die Symphyse herangeht. Nach Durchtrennung der Haut wird die dünne Fascia perinei superficialis eingeschnitten; es folgt dann ein lockeres Maschengewebe, das stumpf durchtrennt wird, und der Finger orientiert sich über die Stelle, an welcher der durch die Harnröhre eingeführte Retraktor in die Prostata hineingeht. Mit einer Kornzange wird nun rechts von dem Instrument die vorgedrängte Kapsel, unter der man leicht die große Prostata fühlt, durchstoßen, die Zange wird gespreizt und dadurch für den Finger ein Loch geschaffen, durch das er in die Prostatakapsel eingeht. Der Finger schält jetzt innerhalb der Kapsel die Prostata aus, am besten zunächst den linken Lappen vorn, seitlich und hinten und wenn möglich schon oben gegen die Blase. Dann entfernt man den Retraktor, und während der Assistent auf die gefüllte Blase von oben drückt, wird die Prostata vorn von der Harnblase abgelöst und dann der rechte Lappen mit dem Finger umgangen. Es gelingt so meistens, die Prostata in toto herauszulösen. Ist die Lösung vollendet, so wird mittels einer Zange die gelöste Prostata gefaßt und vorgezogen. Die Operation dauert meist 3—4 Minuten; die Blutung ist, wenn man intrakapsulär arbeitet, gering. Verf. führt dann kurz die Resultate von 31 Fällen an, die er nach seiner Methode in Heidelberg operiert hat. Gestorben ist 1 Patient am 6. Tage im urämischen Koma, bei welchem die Sektion eine starke Hydronephrose aufdeckte; hier war eine vorherige Untersuchung der Nierenfunktion versäumt worden. Ein zweiter Patient wurde gegen den Rat des Arztes am 8. Tage von seinen Angehörigen aus der Klinik geholt; er starb 8 Tage später zu Hause. Was die übrigen Operierten anlangt, so blieb bei keinem eine Fistel zurück; bei keinem ist der Gebrauch des Katheters noch notwendig. Der völlige Verschluß der Fistel erfolgte meist zwischen dem 14. und 20. Tage; alle Patienten wurden schließlich kontinent. Endlich wurde bei den Patienten, die vor der Operation noch den Beischlaf ausüben konnten, die Geschlechtsfunktion nicht gestört. Die Operation ist an sich also nicht gefährlich und gibt gute funktionelle Resultate.
R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Prof. Dr. **R. Emmerich** (München): **Zur rationellen Therapie der Cholera asiatica.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Wie Verf. mitteilt, hat Rogers in Calcutta mehrere neue therapeutische Maßnahmen mit großem Erfolge bei der Cholera asiatica eingeführt. Gegen die Eindickung und den Salzverlust des Blutes, der durch Transsudation in Magen und Darm entsteht, injiziert Rogers im Kollaps, bei kaum fühlbarem oder fehlendem Radialpuls, eine hypertonische Salzlösung (7,8 g Chlornatrium, 0,4 g Chlorkalium und 0,26 g Calciumchlorid auf 1 Liter Wasser) in der Menge von 3—4 Litern intravenös. Wenn das spezifische Gewicht des Blutes auf 1062 oder darüber steigt, können diese Mengen ruhig gegeben werden. Wenn das spezifische Gewicht normal ist, ist der Kollaps nicht durch Cholera verursacht und die intravenösen Injektionen können gefährlich werden, indem sie Lungenödem erzeugen. Diese Therapie versagt jedoch in den schwersten Fällen; deshalb versuchte Rogers Mittel zu finden, welche direkt gegen das Choleragift wirken. Als solche bewährten sich die übermangansauren Salze, namentlich übermangansaures Calcium. Man beginnt mit einer 0,1 promill. Lösung und geht rasch auf eine 0,5 promill. Lösung über, indem man dieselbe ad libitum statt Wasser trinken läßt, und zwar bis zu 3 g innerhalb 2 Tagen. Nach Verf. wird durch das Permanganatsalz die salpetrige Säure, die nach ihm das toxische Agens der Cholera darstellt, in Salpetersäure umgewandelt und dadurch unschädlich gemacht. Verf. schlägt nun vor, statt der nicht ganz indifferenten übermangansauren Salze das colloide Mangansuperoxydhydrat zur Cholerabehandlung zu verwenden. Das colloide MnO_2 läßt sich leicht durch Einwirkung von übermangansaurem Kali auf Gelatine als gut haltbare dunkelbraune Lösung herstellen, die mit Salzsäure leicht angesäuert und mit Wasser verdünnt von den Cholerakranken ad libitum getrunken werden soll, da sie völlig unschädlich ist. Die angesäuerte Lösung führt große Mengen salpetriger Säure innerhalb weniger Minuten in Salpetersäure über. Die Cholerasterblichkeit in Indien, welche früher im Durchschnitt 59 pCt. betrug, sank nach Einführung der hypertonischen Salzinfusion auf 34,7 pCt. und nach Einführung der Permanganatbehandlung auf 23,3 pCt. Im prämonitorischen Stadium der Cholera empfiehlt Verf. die Vermeidung nitrathaltigen Nahrung. Außerdem kann man Amidosulfosäure in 1 promill. Lösung ab und zu in kleinen Mengen trinken lassen; dieselbe führt die salpetrige Säure fast momentan in freien Stickstoff über. In St. Petersburg wurde die Amidosulfosäure sogar in 1 proz. Lösung (stündlich 1 Eßlöffel) gegeben, in den Anfangsstadien der Cholera mit gutem Erfolg. [Die Amidosulfosäure wird von Dr. Raschig (Ludwigshafen a. Rh.) in reinem Zustand hergestellt.]

Prof. **L. Brieger** (Berlin): **Kombinationstherapie bei perniciöser Anämie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Verf. berichtet über drei Fälle von perniciöser Anämie, in denen die Kombination einer innerlichen Verabreichung von Arsenik mit Pankreatin eine günstige, allerdings nur vorübergehende Wirkung hatte. Das Arsenik wurde innerlich in Form der Solut. Fowleri, mit 3 mal tägl. 2 Tropfen beginnend bis auf 8 Tropfen 3 mal tägl. steigend, um dann wieder herabzugehen, gegeben. Von Pankreatin (Riedel) wurde 3 mal tägl. 1 Messerspitze vor der Mahlzeit, das Arsen nach der Mahlzeit gegeben. Von den drei so behandelten Frauen im Alter von 41—45 Jahren sind 2 später gestorben, nachdem sie aus der Behandlung getreten waren; eine Patientin lebt, und zwar in gebessertem Zustand. Bei dieser Patientin ging der hohe antitryptische Titer des Blutes binnen kurzem auf normalen Wert herab und blieb auf diesem. Auch bei einigen Krebsleidenden beobachtete Verf. bei dieser Kombinationstherapie eine vorübergehende Besserung des Allgemeinbefindens.
R. L.

Dr. **H. Fraenkel** und **K. Hauptmann**, Assistenten der Universitäts-Kinderpoliklinik in Halle: **Chineonal als Mittel gegen Keuchhusten.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 46.)

Das Präparat wurde von H. Winternitz angegeben und wird von der Chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt hergestellt. Es ist eine Verbindung von Chinin und Veronal im Verhältnis von ungefähr 2:1. Die Verff. vorliegender Arbeit haben 30 Kinder damit behandelt. 26 mal war das Resultat positiv, 4 mal negativ. Die Mütter der Kinder gaben gewöhnlich an, daß die Hustenanfälle bald nach Anwendung des Mittels seltener und milder geworden wären. Einige wollten „gleich in der ersten Nacht“ eine deutliche Wirkung beobachtet haben. Andere meinten, die Anfälle träten merklich seltener auf, wären aber noch ebenso stark. In allen Fällen, wo Erbrechen bestanden hatte, hörte dieses sehr bald auf. Regelmäßig besserte sich auch der Appetit. Mehreren Kindern wurde zuerst Chinin. tann., dann Chineonal, oder umgekehrt, gegeben, wonach die Mütter behaupteten, das Chineonal hätte besser gewirkt und würde von den Kindern auch besser genommen als Chinin. In einem Falle dauerte das Erbrechen nach Chinin. tann. fort und blieb erst nach Chineonal aus. Eine Heilung des Keuchhustens konnte allerdings durch das Chineonal nicht erzielt werden. Es wirkte nur symptomatisch so lange, als es gegeben wurde. Sobald es weggelassen wurde, nahmen die Anfälle wieder an Zahl und Stärke zu. Hierin liegt ein sicherer Beweis für die Wirkung des Mittels.

Die Verff. haben die dragierten Tabletten verwendet, und zwar gaben sie Kindern im ersten Jahre dreimal täglich 0,1, Kindern vom zweiten Jahre ab dreimal täglich 0,2. Irgendwelche Nebenerscheinungen wurden bei dieser Dosierung nicht beobachtet.
Kr.

Prof. **Fl. Marcantoni** (Med. Klinik, Pisa): **Klinische Beobachtungen mit Codeonal.** (Gazetta degli Ospedali e delle Clin., 1912, No. 142.)

Bei Hysterie und Neurasthenie mit den vielen Begleiterscheinungen von Kummer, Schlaflosigkeit und nervöser Dyspepsie und bei nervöser Reizbarkeit und Aufgeregtheit gab

das Codeonal recht gute Erfolge. Ueber besonders günstige Erfahrungen verfügt M. bei Neurosen des Verdauungs- und Zirkulationsapparates; so zeigte es sich sehr nützlich bei nervösen Herzstörungen und Gastralgien auf nervöser Basis, ferner bei heftigem Aufstoßen und Kollern im Darm. Codeonal ist daher bei den verschiedenen allgemeinen nervösen Erscheinungen sehr zu empfehlen, besonders bei denen des Herzens und Verdauungskanals. K.

Dr. **J. Piket**, prakt. Arzt in Wien: **Erfahrungen mit Pantopon und Pantopon-Syrup „Roche" in der Kinderpraxis.** (Klinisch-therap. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Das Pantopon ist nach den Erfahrungen von P. den übrigen Opiumderivaten nicht nur gleichwertig, sondern überlegen, indem es infolge seiner Löslichkeit und Konstanz genau dosierbar ist. Sein Einfluß auf das Atemzentrum ist bedeutend geringer als der des Morphiums, welche Eigenschaft das Pantopon ebenfalls dem Gebrauch des Morphiums im Kindesalter vorausstellt. Die schmerz- und hustenreizmildernde Komponente scheint stärker als die styptische zu sein, was ebenfalls bei Behandlung der Krankheiten im Kindesalter von Vorteil ist. Hält man sich an die vorgeschriebene Dosis, so ist eine Vergiftung nicht zu befürchten. Sonstige nachteilige Folgen hat Verf. von Pantopon nie gesehen. Außer 2 proz. Pantoponlösung wird auch von der Firma Hoffmann-La Roche eine syrupartige Flüssigkeit „Pantopon-Syrup" erzeugt, mit welcher Verf. in letzter Zeit Versuche angestellt hat. Die Wirkung des Syrups ist der der 2 proz. Solution gleichwertig und hat den Vorteil, daß man ihn Kindern wegen des angenehmen Geschmacks leichter verabfolgen kann.

Dr. **Curt Koch**, Assistenzarzt der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen: **Erfahrungen über die Behandlung des postoperativen Meteorismus mit Peristaltin- und Physostigmininjektionen.** (Zentralblatt f. Gynäkologie, 1912, No. 40.)

In der Gießener Frauenklinik wird seit 1½ Jahren bei hartnäckigen, postoperativen Darmbeschwerden, die allen anderen therapeutischen Eingriffen trotzen, das von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel in den Handel gebrachte Peristaltin in subkutaner Injektion von 0,5 g verwendet, und zwar mit auffallend gutem Resultat. Der einzige ernsthafte Konkurrent des Peristaltins auf chemischem Gebiete bei dieser Art Anwendung ist das Physostigmin. Dieses Präparat hat aber trotz recht guter Wirkung mehrere Nachteile, die seine allgemeine Verwendung bisher verhindert haben. Zur Kontrolle wurde auch dieses Präparat in vielen Fällen erprobt. Das Peristaltin ist ein in Wasser leicht lösliches Glykosid, das aus der Rinde von Rhamnus Purshiana (Cascara sagrada) dargestellt wird. Es hat als Vorzug vor vielen anderen pharmaceutischen Präparaten, speziell den übrigen Präparaten aus der Sagradagruppe, daß es sich um ein immer konstant zusammengesetztes, reines Produkt handelt. Es wird von der Fabrik in sterilen Ampullen, die 0,5 g Peristaltinum purum enthalten, in den Handel gebracht. Verf. hat in der Gießener Klinik 32 Fälle mit dem Präparat behandelt. Alles in allem schätzt er das Peristaltin bei subkutaner Applikation (0,5 g) als ausgezeichnetes, unschädliches Darmtonicum nach Unterleibsoperationen und möchte es jetzt in der postoperativen Behandlung nicht mehr missen; eventuell ist es, wenn die Einspritzung allein nicht ausreicht, in Verbindung mit einem in 3—4 Stunden der Injektion folgenden Einlauf zu verwenden. Auch das Physostigmin hat in den meisten Fällen in Dosen von ½ seltener 1 mg gute, gelegentlich sogar noch bessere Wirkung gezeitigt. Doch kamen bei diesem Präparate hier und da auch Unregelmäßigkeiten in der Wirkung vor, in der Form, daß dieselbe Dosis bei einer Frau erfolgreich war, bei einer anderen dagegen versagte; auch scheint es bei längerem Stehen zu leiden. Die unangenehmste Nebenwirkung waren die so häufig durch die Physostigmininjektion ausgelösten, außerordentlich schmerzhaften Darmkontraktionen und Darmsteifungen.

Dr. med. **William Odell**, konsult. Arzt am West-Hospital für Kranke mit beginnender Tuberkulose zu Torquay: **Weitere Erfahrungen über die Bedeutung der Ichthyoltherapie bei Lungentuberkulose.** (Zeitschrift f. Tuberkulose, 1912, Bd. 19, H. 3.)

In seinem Vortrage vor der Nationalen Tuberkulosekonferenz in London am 17. Februar 1909 teilte Verf. die Resultate mit, die er bei 123 mit Ichthyol behandelten Patienten erzielte. Seit jener Zeit hat Verf. weitere 66 Patienten, die im West-Hospital unter seiner Beobachtung standen, in genau derselben Weise behandelt und höchst befriedigende Resultate erzielt. Die von Verf. in seinem früheren Vortrage ausgesprochene Meinung, daß das Ichthyol die Temperatur herabsetzt und sie, sowohl was die abendliche Steigerung als den entsprechenden Abfall betrifft, innerhalb sehr enger Grenzen hält, hat sich in den jetzt in Rede stehenden Fällen als vollauf gerechtfertigt erwiesen. Das Fehlen von Nachtschweißen war gleichfalls bemerkenswert.

Betrachtet man die Gesamtzahl von 189 Patienten, die Verf. im West-Hospital seit 1901 mit Ichthyol behandelt hat, und zwar die 123, über die er in seinem früheren Vortrage berichtete, und die 66, von denen in vorliegender Arbeit die Rede ist, summarisch, so ergibt sich folgendes: Die Krankheit wurde in 43 Fällen zum Stillstand gebracht, in 83 Fällen sehr erheblich gebessert, in 18 Fällen erheblich gebessert, in 27 Fällen gebessert; in 6 Fällen blieb sie stationär; 11 Fälle waren ungeeignet, 1 Patient starb.

Obwohl eine direkte Wirkung des Mittels auf die Krankheitserreger als ausgeschlossen gelten kann, hat es sich aus zahlreichen Versuchen ergeben, daß die interne Verabreichung von Ichthyol den Ernährungszustand hebt, den Eiweißverbrauch verlangsamt, die Verdauung anregt, den Appetit steigert und so im ganzen den Allgemeinzustand des Patienten bessert und dem geschwächten Organismus neue Widerstandskraft verleiht. Ichthyol wirkt reduzierend auf Gewebe, antiphlogistisch, analgetisch und antiseptisch, da es auf pathogene Bakterien, besonders auf den Streptococcus und den Diphtheriebacillus, direkte Wirkung ausübt. Innerlich bessert es die Verdauung, steigert den Appetit und reguliert die Darmtätigkeit.

Obgleich die Patienten anfangs über den unangenehmen und fast Nausea erregenden Geschmack der Medizin klagen, gewöhnen sie sich bald an sie und verlangen nach ihr, wenn sie aus irgendeinem Grunde zeitweilig ausgesetzt werden muß. Ueber die Steigerung des Appetits ist kein Zweifel möglich, auch darüber nicht, daß die Patienten während der Ichthyolbehandlung ein gesteigertes Gefühl von Wohlsein haben, in besserer Laune und zufrieden sind, wodurch die Genesung sehr gefördert wird.

Verf. begann gewöhnlich mit der Dosis von 0,45 g Ichthyol in einem halben Weinglas Wasser dreimal täglich und steigerte dieselbe allmählich bis zu 10 Tropfen dreimal täglich. In den meisten Fällen verordnete er auch Malz und Lebertran. Kr.

Dr. **K. Jochem** (Berlin): **Meine Erfahrungen mit Arsentriferrin.** (Aerztl. Mitteilungen, 1912, No. 50.)

Das Arsentriferrin fand in 32 Fällen von Anämie, Skrofulose und Unterernährung Verwendung, sowie nach Erschöpfung und Schwächezuständen nervöser Art, nach schweren Krankheiten und endlich bei Erkrankungen tuberkulösen Ursprungs. In allen Fällen leistete es gute Dienste. Was Geschmack und Bekömmlichkeit anbelangt, so wurden Klagen niemals vorgebracht. Verf. ließ das Medikament ½ Stunde nach den Mahlzeiten 3 mal täglich nehmen, bei Kindern 3 mal täglich 1 Tablette, bei Erwachsenen 3 mal täglich 2 Tabletten. Gewürze und Obst mußten während der Arsentriferrinmedikation vermieden werden. Patienten, die über Appetitlosigkeit klagten, empfanden bald einen gesteigerten Appetit. Bei allen konnte Verf. in kurzer Zeit eine Besserung des Allgemeinbefindens und Hebung der Körperkräfte konstatieren. Bei etwa 10 Kindern im Alter von 6—13 Jahren gab Verf. Arsentriferrin als Nachkur nach überstandenem Stickhusten, um die Schwäche zu kompensieren, und hatte gute Erfolge zu verzeichnen.

Ungefähr bei derselben Zahl jugendlicher Patienten im Alter von 13—18 Jahren, Knaben wie Mädchen, wurde Arsentriferrin bei Schwäche und Blutarmut in den Pubertätsjahren erfolgreich angewandt, so z. B. bei einem 16 jährigen Knaben, der durch übermäßiges Wachstum, frühzeitige angestrengte Arbeit sehr anämisch war. Bereits nach Verbrauch von sechs Schachteln Arsentriferrintabletten konnten ersichtliche Erfolge festgestellt werden. K.

Ausgehend von der physiologischen Feststellung, daß zwischen den Funktionen der Mammae und der **Ovarien** ein gewisser Antagonismus besteht, hat Dr. **Franz Cohn** bei einer an **Galaktorrhoe** leidenden Patientin der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald mit Erfolg **Ovaradentriferrin** angewendet. Bei der 28 jährigen Frau hatte sich seit einigen Jahren unter zunehmender Fettleibigkeit und Abnahme der Libido Amenorrhoe und doppelseitige Galaktorrhoe entwickelt. Außer dem Ovaradentriferrin wurde noch Hyperämisierung des Uterus durch Skarifikation und Saugbehandlung an der Portio angewendet; der Erfolg war einmaliges spontanes Auftreten der Menses und Sistierung der Galaktorrhoe während dieser Zeit. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 47; Greifswalder Vereinsbericht.)

Aus dem Obdach der Stadt Berlin berichtet San.-Rat **Fischer** über die Erfahrungen, die er bei Verwendung des neuen Krätzemittels **„Ristin"** machte. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1912, No. 23.)

Das Mittel wurde in 34 Skabiesfällen erprobt. Es besteht aus dem Monobenzoesäureester des Aethylenglykols in alkoholischer Lösung mit einem geringen Zusatz von Glyzerin. Es trat meist schon nach 3 Tagen, auch bei vernachlässigten Fällen, völlige Heilung ein. Nur einzelne Fälle bedurften einer längeren Behandlung, weil das gleichzeitig vorhandene Ekzem durch das Ristin nicht beeinflußt wird. Rezidive traten nicht ein.

Der Vorzug des Ristins vor Perubalsam, Styrax, Antiscabin und Schwefelsalbe liegt darin, daß es im Gegensatz zu den letzteren vollkommen farblos und vollständig geruchfrei ist, und daß es weder Leib- noch Bettwäsche beschmutzt. Da diese Flecke nur durch eingreifende Prozeduren weggebracht werden können, so wird die Verwendungsdauer derartiger Wäsche erheblich verkürzt. Aus den genannten Gründen dürfte das Ristin das spezifische Heilmittel für Krätze in der Privatpraxis und für kleinere Krankenanstalten werden. R. L.

Serumtherapie.

Privatdozent Dr. **Wilhelm Heuck** (Bonn): **Erfahrungen über die Behandlung Hautkranker mit Menschenserum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Verf. hat in der Bonner Universitätsklinik für Hautkrankheiten die Behandlung mit Menschenserum nach Mayer und Linser in einer Anzahl von Fällen von Dermatosen durchgeführt. Die Technik des Verfahrens ist einfach; sie gestaltet sich folgendermaßen: Man entnimmt aus der Armvene oder durch Schröpfköpfe Blut von einem klinisch, anamnestisch und serologisch als gesund erwiesenen Menschen. Das Blut wird dann nach Linser mehrere Minuten mit Glasperlen geschüttelt und scharf zentrifugiert. Das überstehende Serum wird dann mit einer Rekordspritze durch eine dünne Kanüle aufgesogen und dem zu behandelnden Patienten intravenös (bei ängstlichen Kindern oder solchen mit schlechten Venen subkutan) 1—2 mal wöchentlich injiziert. Neuerdings hat Verf. das entnommene Blut nicht mehr geschüttelt, sondern nur 5 Minuten stehen gelassen, es dann von der Glaswand mit sterilem Glasstab gelöst, zentrifugiert und hierbei ein erheblich klareres Serum in größerer Menge erhalten. Das Serum soll nach Linser möglichst bald, jedenfalls innerhalb einer halben Stunde nach der Entnahme eingespritzt werden (nach anderen soll es noch nach mehreren Stunden wirksam sein); ferner empfiehlt es sich, Serum von Personen gleichen Geschlechts zu benutzen. Was nun die von Verf. erzielten Erfolge anlangt, so wurden bei manchen hartnäckigen, chronischen, juckenden Dermatosen, besonders bei Urticaria, Strophulus infantum und Pruritus senilis, gute Resultate erzielt; bei blasigen Affektionen, wie Dermatitis herpetiformis Duhring und Pemphigus, konnte in der Mehrzahl der Fälle nur eine mehr oder weniger erhebliche Besserung, keine Heilung erzielt werden; bei akuten und chronischen Ekzemen Erwachsener, sowie bei Psoriasis war kein Erfolg zu beobachten. Die intravenöse Serumbehandlung ist nach Verf. wegen der besseren Wirkung der subkutanen vorzuziehen. Bei manchen Patienten kam es, oft bereits nach wenigen Wiederholungen der Einspritzungen, zu einer wesentlichen Verschlimmerung des Leidens, auch bei Anwendung verschiedener normaler Sera. Derartige Fälle sind für die Weiterbehandlung mittels Normalserum nicht geeignet. Ueber Dauerresultate der Serumbehandlung kann Verf. vorläufig ein Urteil nicht abgeben. R. L.

Diätetische Therapie.

Dr. **R. Ammann** (Zürich): **Die Brombehandlung der Epilepsie.** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1912.)

Verf. erörtert die wenig geklärte Technik der Brombehandlung der Epileptischen, wie sie in der schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich ausprobiert wurde. Die meisten Epileptiker, die die Anstalt betreten, haben draußen schon Brom erhalten, fast immer aber mit ungenügendem Erfolge. Der Fehler lag meistens an den zu niedrigen Dosen und an der unregelmäßigen Durchführung der Behandlung, die um so häufiger ist, als die meisten Epileptiker zur Unstetigkeit neigen. Die Verabreichung des Medikaments muß ohne Unterbrechung geschehen. Wenn man ohne Unterbrechung Brom verabreicht, indem man langsam die Dosis und damit die Reizschwelle erhöht, so kommt man bei den Patienten an einen Punkt, wo eine weitere Zulage unnötig wird, da keine Anfälle mehr auftreten. Man hat die wirksame Dosis erreicht. Diese schwankt je nach dem Körpergewicht und beträgt über 6 g Bromnatrium im Tage. Warum wird nun meistens nicht in dieser Weise verfahren? Die Antwort lautet: „Wegen der unnötigerweise so sehr gefürchteten Nebenwirkungen des Broms." Erstens scheut man diese hohen Dosen wegen der Wirkung auf den Intellekt des Patienten. Daß dieser Punkt lange nicht so gefährlich ist, wie manche Theoretiker behaupten, davon kann man sich überzeugen, wenn man Gelegenheit hat, Leute zu sehen, die seit zehn und mehr Jahren täglich diese Dosen zu sich nehmen und dennoch geistig ganz aufgeweckt geblieben sind, während andere infolge der regelmäßigen Anfälle in dieser Zeit längst verblödeten. Zweitens hat man Angst vor dem akuten Bromismus. Diese Vergiftung des Zentralnervensystems mit ihren beunruhigenden Symptomen (Somnolenz, Ataxie, Herzschwäche usw.) hat aber ihre Schrecken verloren, seit wir den Antagonismus zwischen Brom und Chlor im Körper kennen und imstande sind, den ganzen Zauber mit abgemessenen Dosen Kochsalz in ein bis zwei Tagen vollständig wegzublasen. An dritter Stelle sind zu erwähnen die Brom-Hautaffektionen der dazu veranlagten Kranken, um derentwegen oft das Medikament ausgesetzt wird. Nun geht aber eine schwere Bromakne bei Anwendung von 2—6 Tropfen Kalium ars. sol. (ein- bis zweimal pro die) glatt weg; ausgedehnte Bromulcerationen heilen in einer Woche aus unter Unguent. cin. oder anderen Quecksilbersalben, und das meist in den Waden sitzende, dem Erythema nodosum ähnliche, aber natürlich ohne Fieber verlaufende Bromoderma tuberosum verschwindet sofort bei innerer Arsenverabreichung, und zwar ohne Herabsetzung der Bromdosis. Reicht man nach dem Vorgang von Toulouse und Richet das Brom bei salzarmer Ernährung, so fallen die unliebsamen Nebenwirkungen fort. Sie steigert die Bromwirkung so stark, daß viele überhaupt erst anfallsfrei werden und eine Erniedrigung der wirksamen anfallverhütenden Dosis schon bei weniger als 6 g Bromnatrium im Tage eintritt. Eine Kost mit starker Kochsalzreduktion hat aber ihre Nachteile. Die Patienten verlieren leicht den Appetit und werden überempfindlich gegen Brom. Um diese Schattenseiten zu umgehen, wurde in der Züricher Anstalt, als durch Nahrungsanalysen die Suppe als Hauptkochsalzquelle aufgedeckt war, die salzlose Suppe eingeführt. Damit wurde erzielt: eine verstärkte Bromwirkung (Verminderung der Anfälle um 50 pCt.) ohne Chlor-Bromüberempfindlichkeit und ohne Appetitstörung. Aber eine salzlose Suppe schmeckt selbst unter Zusatz von Bromlösung fade und schlecht. Um diesen Nachteil zu umgehen, wurde das Bromnatrium mit würzenden Extraktivstoffen aus dem Pflanzenreiche kombiniert und man erhielt so das unter dem Namen „Sedobrol" im Handel erhältliche Präparat, das der salzlosen Suppe zugesetzt wird (Bezugsquelle F. Hoffmann-La Roche & Co., Basel und Grenzach). Es würzt die Suppe und erinnert in nichts an das Einnehmen einer Arznei. Bei der Ausprobierung ergab sich, daß diese wohlschmeckende Mischung (mit heißem Wasser allein übergossen, ergiebt sie eine mit der besten Fleischbrühe vergleichbare Brombouillon) nicht nur nichts an Wirksamkeit dem Bromnatrium nachgibt, sondern daß sie noch etwas stärkere Bromwirkung entfaltet. Mit diesen Tabletten ist die Verstärkung der Bromwirkung durch eine mäßige Kochsalzentziehung überall und beliebig lange ohne Schwierigkeiten durchzuführen. Genügt diese Steigerung noch nicht, so verabreicht man in obiger Anstalt mit bestem Erfolge jeden Abend 0,3 bis 1,0 Chloralhydrat, unmittelbar vor dem Schlafengehen. Es empfiehlt sich auch, bromisierten Patienten eine gute Mundpflege anzuraten, da sie an üblem Mundgeruche zu leiden pflegen, weil das Brom eine leichte Stomatitis hervorruft.

Dr. **Adolf Galisch** (Bad Rottenfelde): **Eine einfache Methode zur Bekämpfung der Fettleibigkeit.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 47.)

Wenn man, sagt Verf., für notwendig hält, den zu Fettansatz neigenden Personen nach Tisch einen Mittagsschlummer zu verbieten, darf man auch annehmen, daß während der langen Nachtruhe die in den letzten Stunden des Aufseins eingenommenen Speisen in ganz besonderer Weise vom Körper zu Fettansatz ausgenutzt werden. Aus diesem Grunde, und weil er so oft hörte, daß Fettleibige gerade die Abendmahlzeit besonders bevorzugten, hat Verf. den Versuch gemacht, die Fettleibigkeit durch strenge Einschränkung der Abendmahlzeit zu bekämpfen und hat in allen Fällen einen vollen Erfolg gehabt, ohne daß je auch nur die geringsten Beschwerden von seiten des Herzens oder des Nervensystems aufgetreten sind. Verf. gibt folgende Vorschrift: Frühmorgens Tee mit Weißbrot und Butter, um 10 Uhr ein Ei mit kleinem Butterbrot, falls Patient ohne solches zweites Frühstück starkes Hungergefühl hat. Um 1 Uhr Fleisch mit Gemüse, mäßig Sauce und Kartoffeln, Salat und Kompott. Nachmittags Kaffee mit wenig Zwieback oder Weißbrot mit etwas Butter. Abends eine kleine Scheibe Brot mit Butter und etwas Belag. Bier resp. Wein sind in bescheidener Menge gestattet. Beim ersten Frühstück und Mittagessen darf die Quantität der Speisen so groß sein, daß der Patient richtig gesättigt, nicht hungrig den Tisch verläßt. Während der ersten zwei bis drei Tage stellt sich abends starkes Hungergefühl ein, welches dann aber schwindet, da zum ersten Frühstück und Mittagessen bald mehr genossen wird. Eine Gewichtszunahme durch diese Mehrzufuhr wird durch Bewegung und Arbeit im Laufe des Nachmittags verhindert. Die Gewichtsabnahme ist allein darauf zurückzuführen, daß während der Nachtruhe der Körper weniger Material zur Ausnutzung hat. Bei Durchführung dieser Vorschriften nehmen alle Patienten pro Woche ein bis zwei Pfund ab; Verf. hat auf diese Weise Abnahmen bis zu 25 Pfund im Vierteljahr erzielt. Kr.

Physikalische Therapie.

Prof. Dr. **Karl Herxheimer** (Frankfurt a. M.): **Heilung eines Falles von Hautsarkomatose durch Thorium X.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen 58 jährigen Mann, der an multiplen Hautsarkomen litt, mit Thorium X zu behandeln. Die einzelnen Knoten waren stecknadelkopf- bis zweimarkstückgroß, teils hellrot, teils dunkelrot, fast steinhart, mit glatter

Oberfläche. Im ganzen waren wohl mehr als 1000 Knötchen und Knoten vorhanden. Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung von 2 exzidierten Knoten sprach für Hautsarkome. Es wurde nun alle 8 Tage ein Dosis von 1 Million Mache-einheiten (1000 elektrostatischen Einheiten) Thorium X injiziert. Nebenwirkungen wurden dabei nicht beobachtet. Schon nach der zweiten Injektion begannen die Knoten sich zu verkleinern; nach der dritten Injektion waren die Knoten auf der Kopfhaut fast vollkommen verschwunden, usw.; nach der 7. Injektion fühlte man an den letzten Knotenresten kaum noch ein Infiltrat; die an Stelle der abgeheilten Knoten vorhanden gewesene Pigmenthypertrophie war an den meisten Stellen fast verschwunden. Im übrigen ist die Haut des ganzen Körpers sowie die Mund- und Rachenschleimhaut normal. R. L.

Gynäkologische Therapie.

Dr. **Max Nassauer**, Frauenarzt in München: **Die Pulverbehandlung beim Ausfluß aus der Scheide.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 46.)

Verf. hat zuerst die Pulverbehandlung des Fluors empfohlen und seit etwa 4 Jahren dieses Verfahren immer weiter ausgebaut. In vorliegender Arbeit wendet er sich gegen die Modifikationen des von ihm erprobten „Siccators“ von Wille und Hengge und erörtert dann zum Schlusse noch einmal die Anwendung des Siccators und der Pulverbehandlung. Der Flour kann ebenso das Symptom einer Obstipation, einer Tuberkulose, einer Chlorose, eines Diabetes, eines Vitium cordis sein wie eine Folge eines Myoms, Carcinoms, einer Entzündung im Becken usw. Er kann aber auch — und das in der Mehrzahl der Fälle — durch lokale Affektionen bedingt sein: Gonorrhoe, Tuberkulose, Vaginitis durch Masturbation, Pessare usw. Es ist selbstredend, sagt Verf., daß man vor allem der Grundursache nachgeht und sie zu beseitigen sucht. Aber es ist ebenso selbstverständlich, daß man den Ausfluß selbst in jedem Falle bekämpft. Diese Ausflußbekämpfung soll in allen Fällen durch Pulver geschehen. Weg mit den ätzenden, das Epithel schädigenden Spülungen und den das Epithel aufquellenden flüssigen Lösungen, sagt Verf. Vor allem sei die von ihm zuerst angewendete Bolus alba immer im Auge behalten! Sie kann in unbegrenzten Mengen eingeblasen werden. Die feinere Differenzierung der Bolusmischung ist der feineren Differenzierungskunst der Aerzte überlassen. 20 proz. Lenicetbolus (adstringierend und gut desodorierend), Vasenolbolus (mild und desodorierend, ja ein bißchen parfümierend), Pergenolbolus (für die Anhänger des Wasserstoffsuperoxyds), 10 proz. Jodbolus in Form von Novojodinmischung dort, wo eine Jodwirkung erwünscht wird, insbesondere bei entzündlichen Affektionen, die mit Fluor vergesellschaftet sind, zum Ersatze der überschätzten Tamponbehandlung, sind von N. verschiedentlich angewendet und beschrieben worden. Jeder Apotheker stellt diese Mischungen her.

Man lasse je nach der Stärke des Ausflusses anfangs dreimal täglich pudern, vermindere dann die Anzahl der Einstäubungen, lasse nur nach Bedarf die angesammelten Pulvermengen samt Sekret herausspülen (möglichst selten, höchstens zwei- bis dreimal in der Woche) und verordne hierzu nur Kamillentee oder Sodalösungen. Man kontrolliere ein- bis zweimal wöchentlich im Spekulum die Fortschritte in der Behandlung; denn selbstredend ist mit dem meist sofort erfolgenden Aufhören der Ausflußerscheinung der Fluor selbst nicht sofort beseitigt. Erosionen sieht man verblüffend rasch verschwinden. Nach der Kontrolle legt man sofort in die nun einmal sichtbar gemachte Scheide große Mengen von Pulver, insbesondere vor die Cervix, und läßt noch an demselben Tage mit dem Pulvern wieder beginnen.

Dr. **Herzberg**, Frauenarzt in Berlin: **Ueber die Behandlung des Pruritus vulvae mit Pittylen.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 46.)

Den meistgebräuchlichen Methoden, um vor allen Dingen den Juckreiz zu lindern und das Nässen zu beseitigen, wie spirituöse Waschungen, Einpudern, Salbenapplikation usw., haften mehr oder minder große Nachteile an; einerseits wird die bereits entzündete und meist durch Kratzen von ihrem Epithel zum Teil entblößte Hautpartie noch mehr gereizt, andererseits bekämpfen die diversen Puder nicht intensiv genug den Juckreiz, wie auch die Salben — sonst in der Behandlung der juckenden Hautkrankheiten ein unentbehrliches Heilmittel — sich bei der Lokalisation des „Pruritus vulvae“ nur im beschränkten Maße empfehlen lassen. Hinsichtlich dieser den bisher gebräuchlichen Maßnahmen anhaftenden Nachteile weist Verf. auf eine andere Behandlungsmethode hin, die sich äußerst bequem für Arzt und Pat. durchführen läßt und bereits von verschiedenen Kollegen mit Erfolg angewandt worden ist. Ausgehend von der Tatsache, daß der Teer ein kaum übertroffenes, mit starken keratoplastischen Eigenschaften ausgestattetes, juckstillendes Mittel ist, verwendet Verf. das „Pittylen“, das bekanntlich bedeutende Vorzüge vor der reinen Pix liquida und den meisten Teerpräparaten hat. Ist doch Pittylen ein Kondensationsprodukt aus dem Nadelholzteer, dem durch Verbindung mit dem Formaldehyd der unangenehme Geruch genommen ist, und das vor allen Dingen keine lokale Reizungen hervorruft, abgesehen von seiner Ungiftigkeit. Bei der Behandlung beschränkte sich Verf. hauptsächlich auf die Anwendung der „Pittylenseifen“ und ging dabei folgendermaßen vor: Er verordnete den Patienten, abends vor dem Schlafengehen ein warmes Sitzbad zu nehmen, dem er zwei Eßlöffel flüssiger, 10 proz. Pittylenseife zusetzen ließ, sich danach mit 5 proz. Pittylenmentholseife einzuseifen, den Schaum an den affizierten Hautpartien eintrocknen zu lassen, Zinkpuder daraufzustäuben und am folgenden Morgen erst eine Reinigung mit lauwarmem Wasser vorzunehmen. Falls sich auch in die Scheide höher hinaufgehende, gerötete und juckende Partien zeigten, so applizierte Verf. dort eine Pittylensalbe (5—10 proz.) nach entsprechenden Scheidenspülungen und konnte bereits nach wenigen Tagen in allen behandelten Fällen ein fast vollkommenes Verschwinden der lästigen Symptome konstatieren. Kr.

Technisches.

Prof. **L. Lewin** (Berlin): **Ein Verfahren für die künstliche Atmung bei Scheintoten und Asphyktischen.** (Munch. med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Bei der Aufgabe, Scheintote wieder zu beleben, sind nach Verf. folgende Aufgaben zu erfüllen: 1. die künstliche Nachahmung der Atmung, 2. die unter Umständen für das Gelingen der künstlichen Atmung notwendige Entleerung von fremden, flüssigen, in die Lunge gelangten Stoffen, 3. die Durchblutung von Organen, vor allem des Gehirns, bei ungenügender bezw. zeitweilig nicht vorhandener Herzarbeit, sowie die Entlastung von blutüberfüllten Gefäßstrecken im Körper. Von den bisherigen Methoden der künstlichen Atmung wird nach Verf. keine allen diesen Forderungen gleichzeitig in genügendem Maße gerecht. Einzig die Methode der Schultzeschen Schwingungen, die bisher nur dem speziellen Zweck der Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener dient, erfüllt alle Bedingungen. Aber sie stellt erhebliche Anforderungen an die Geschicklichkeit des Ausführenden; es kommen bei ihr leicht Nebenverletzungen vor; endlich ist sie in ihrer bisherigen Form bei Erwachsenen nicht anwendbar. Verf. hat deshalb einen Apparat konstruiert, der es gestattet, auch bei Erwachsenen das Prinzip der Schultzeschen Schwingungen anzuwenden. Es ist dies ein Tisch, der um seine Querachse durch eine Griffbewegung nach beiden Seiten um insgesamt 145° drehbar ist. Er ist aus Stahlrohr gefertigt und ruht auf einem autogen geschweißten Untergestell aus stabilem, schwachwandigem Stahlrohr; seine Lagefläche ist aus einer Anzahl breiter Aluminiumbänder gebildet. Der ganze Apparat ist zusammenlegbar, hat nur ein Gewicht von 16 kg und ist deswegen leicht transportierbar und überall unterzubringen. Der Scheintote wird auf den horizontal gestellten Tisch gelagert. Zu dessen Feststellung dient ein einfacher, seitlich angebrachter Klemmhebel. Der Scheintote wird auf den Tisch einerseits mittels einer badehoseartigen, herunterklappbaren Bandage befestigt; die Schultern werden durch verstellbare Armschlingen festgehalten. Indem der Tisch nun nach Lösung des Klemmhebels zuerst in eine vertikale Lage gebracht wird, wird der Patient in eine Kopfstandstellung gebracht. Nachdem er in dieser Stellung 10—20 Sekunden verharrt und dadurch eine passive Exspiration veranlaßt ist, wird der Tisch nach der entgegengesetzten Seite in eine schräg-vertikale Stellung gebracht, der Patient gelangt in Fußstandstellung und der Thorax erweitert sich vermöge seiner Elastizität und weil Baucheingeweide und Zwerchfell wieder nach unten sinken. Beide Phasen der Bewegung kann man 10—15 mal in der Minute sich vollziehen lassen. Die Handhabung des Apparates ist so mühelos, daß sie leicht von einem Menschen vollzogen werden kann, nachdem einmal die Fixierung des Scheintoten bewerkstelligt worden ist. (Dieser Atmungstisch wird von der Firma H. und Louis Löwenstein in Berlin hergestellt.)

Dr. **Fr. Steinmann** (Bern): **Zur Heftpflasterextension in Semiflexion des Kniegelenks.** (Zentralbl. f. Chir., 1913, No. 2.)

Zur Verwendung der Semiflexion des Kniegelenks bei Heftpflasterextension hat Grune einen Heftpflasterzügel angegeben, welcher ca. 4 cm breit in einer Art Achtertour das gebeugte Knie umschlingt. Der Gipfel der Schlinge kommt dabei auf die Vorderseite des unteren Oberschenkelendes dicht oberhalb des Kniegelenks zu liegen, während sich die Enden derselben an der Wade kreuzen. Bei der Anwendung dieses Gruneschen Zügels hat sich Verf. ein Nachteil unangenehm bemerkbar gemacht. Legte er den Heftpflasterstreifen oberhalb des Kniegelenks direkt auf die Haut, so schnitt er mit der einen Kante in die Haut ein oder bewirkte zum mindesten eine unangenehme Einschnürung der Weichteile daselbst. Wurde nach Grune mit Mullstreifen gepolstert, so rutschte der Zügel von seiner ursprünglichen Lage ab. Verf. empfiehlt deshalb, an der Stelle des einen Heftpflasterstreifens zwei zu verwenden, welche spiralförmig am Ober- und Unterschenkel herabziehen und sich erstmals auf der Vorderseite des Oberschenkels, ein zweites Mal an der Wade kreuzen. Der Vorteil

dieser zwei Streifen liegt darin, daß sie sich in Semiflexion des Kniegelenks viel ungewungener und gleichmäßiger überall auf ihrem Verlauf der Oberfläche des Beines anschmiegen. Kr.

San.-Rat Dr. **Stephan** (Ilsenburg a. H.): **Ueber Plattfußbehandlung.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 46.)

Bei der Behandlung des Plattfußes spielt die sogenannte Plattfußeinlage eine große Rolle. Die Einlagen wirken bei vielen, welche sie tragen, recht gut; es gibt aber eine ganze Anzahl von Fällen, in welchen die Einlage nicht genügt. In diesen Fällen hat sich Verf. ein altes Mittel bewährt, nämlich der bereits bekannte schiefe Schuh- oder Stiefelabsatz; nur genügt derselbe nicht allein; es gehören noch weitere Veränderungen des Schuhes dazu, um eine gute Wirkung zu entfalten. Diese bestehen darin, daß der Absatz nicht nur auf der Innenseite erhöht ist, sondern daß er auch nach innen gestellt ist, das heißt, daß der Absatz nicht senkrecht steht, sondern schräg einwärts verläuft, ferner, daß er auf der Innenseite noch verlängert ist. Außer dem Absatz muß gleichfalls die Sohle auf der Innenseite erhöht sein; ihre Form darf nicht gestreckt sein, sondern muß vorn nach einwärts gebogen sein. Ein derartiger Schuh bildet inwendig eine schiefe Ebene, auf welcher der Fuß in der Weise ruht, daß die Körperlast auf seinen lateralen Rand fällt; das Fußgewölbe wird dadurch entlastet und die gerade gestreckte Form des Plattfußes nimmt mehr die gebogene Form des Klumpfußes an. Verf. weist ferner auf ein einfaches Hilfsmittel hin, wie man leicht die beim Plattfuße verschobenen Fußwurzelknochen in ihre normale Lage zurückbringen kann, das heißt vor allem die Hebung des Schiffbeines bewirken kann. Dieses Mittel ist eine Stelze, bei der das Fußbrett ganz unten am Schaft angebracht ist; ferner ist die obere Kante des Fußbrettes, auf welcher der Fuß ruht, so geschnitten, daß sie vom Schaft aus schräg nach oben verläuft. Der Fuß wird in der Weise auf das Fußbrett gesetzt, daß seine Außenseite sich an den Schaft anlegt, während seine Innenseite, also das Schiffbein, auf der schräg erhöhten Kante des Fußbrettes ruht. Beim Gehen wird durch die Körperlast das Schiffbein nach oben geschoben und das beim Plattfuß eingesunkene Fußgewölbe wiederhergestellt. Die Plattfußbeschwerden sind damit selbst nach starker Anstrengung eine Zeitlang sofort verschwunden. Um diese Einrenkung herbeizuführen, genügt es, ein- oder zweimal mit der Stelze durch das Zimmer zu gehen.

Derartige Stelzen sind zu beziehen zum Preise von 1,50 M. pro Stück von Karl Stephan in Ilsenburg a. Harz. Auch ist derselbe bereit, die Herstellung der obenbeschriebenen Schuhe zu besorgen; es ist dazu nötig, ein Paar länger getragene Schuhe an denselben einzusenden. Diese Schuhe werden zum Preise von 4 bis 5 M. in zweckentsprechender Weise umgearbeitet. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 29. Januar 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **A. Bier** verliest eine **Erklärung**, in der er sich gegen die auf Grund seiner in der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 6. November v. J. gemachten Diskussionsbemerkungen in der ausländischen (besonders spanischen) Presse verbreitete Behauptung wendet, er habe sich günstig über das Tuberkulosemittel von F. F. Friedmann ausgesprochen. Er werde deshalb mit Anfragen über diese Therapie aus allen Weltgegenden bestürmt. Er wiederholt auf Grund des stenographischen Protokolls seine damaligen Ausführungen und stellt daraus fest, daß eine unbedingte Anerkennung des Heilwertes des Friedmannschen Tuberkulosemittels aus ihnen nicht gefolgert werden könne.

Pneumothoraxoperation bei Tuberkulose (Demonstration).

Herr **Max Wolff** hat im Laufe des letzten Jahres 27 Fälle von Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax behandelt, und zwar 15 Fälle nach der ursprünglichen Methode von Forlanini, 12 Fälle nach Brauer durch Schnitt bis auf die Pleura, stumpfe Sprengung der letzteren und nachfolgende Injektion von Stickstoff. Um Luftembolie zu vermeiden, muß man unter mäßigem Ueberdruck (höchstens 10 mm) injizieren; bei den späteren Nachfüllungen (Intervalle von 2 bis 21 Tagen) muß man kleinere Mengen als im Anfang injizieren (zuerst 800 bis 1000 ccm, später 400). Die Kranken vertragen den Eingriff sehr gut; Erscheinungen der Orthopnoe und des Shoks, wie sie bei spontanem Pneumothorax eintreten, wurden niemals beobachtet. Notwendig ist fortlaufende Kontrolle durch Röntgenoskopie. Ab und zu traten während der Behandlung fieberlos oder nur mit sehr mäßigem Fieber verlaufende seröse Exsudate auf. Vortr. demonstriert darauf drei Fälle, von denen zwei nach Brauer, der dritte nach Forlanini behandelt sind, und erläutert die verschiedenen Stadien der Therapie und die eingetretenen Heilwirkungen an der Hand der zugehörigen Röntgenbilder. — Nach W. ist das Verfahren indiziert bei einseitiger Lungentuberkulose ohne ausgedehnte pleuritische Verwachsungen und auch bei doppelseitiger Lungentuberkulose dann, wenn die eine Lunge nur mäßig befallen ist und zurzeit keinen aktiven Prozeß zeigt.

Tagesordnung:

Die Elektrokoagulation bei der operativen Behandlung des Krebses, speziell des Gebärmutterkrebses.

Herr **Abel**: Bekanntlich erklärt man einen Teil der Rezidive, die man nach scheinbar vollständigen Carcinomoperationen erlebt, durch Ausstreuung von Keimen während der Operation: „Impfrezidive". Die Möglichkeit dieser Rezidive wird ausgeschaltet, wenn man vor der Entfernung des erkrankten Organs alles Tumorgewebe zerstört. Das hat man früher durch Kauterisation versucht. Eine bessere Methode, die Vortr. neuerdings zur Anwendung gebracht hat, ist das Diathermieverfahren, das bisher nur Czerny in Heidelberg und Doyen in Paris für diesen Zweck angewendet haben. Mit kleinen gleich großen Elektroden kann man das zwischen ihnen liegende zylindrische Gewebsstück entfernen; mit einer nadelförmigen Elektrode kann man schneller als mit einem Messer schneiden. — Vortr. hat eine an Uteruscarcinom leidende 33 jährige Frau nach dieser Methode vaginal operiert; der Verlauf war reaktionslos. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Organs ergab, daß nicht alle Krebszellen zerstört waren; eine verbesserte Technik dürfte in dieser Hinsicht noch weitere Erfolge zeitigen.

Diskussion:

Herr **Holländer**: Um die neue Methode zu würdigen, muß man sich die Unterschiede in den Wirkungen der verschiedenen chirurgischen Hitzeverfahren klarmachen; es kommen hier in Betracht das alte Ferrum candens, der Paquelin, die von Holländer angegebene Heißluftkauterisation und die neueren elektrischen Verfahren. Das Ferrum candens war dem Paquelin überlegen, weil es größere Tiefenwirkung entfaltete. Außer der gewebezerstörenden Kraft der Hitze, die bei dem von Abel vorgeführten Verfahren auf Verkochung, nicht Verschorfung beruht, ist auch die umstimmende Kraft auf das Gewebe in Erwägung zu ziehen, womit das Prinzip der elektiven Kraft der hohen Temperaturen in engstem Zusammenhange steht, d. h. die Tatsache, daß gewisse Temperaturen von 50° bis 60° C. auf krankhaft verändertes Gewebe und Krankheitserreger schon abtötend wirken, das normale Gewebe aber in seiner Lebensfähigkeit nicht beeinträchtigen. Diese elektive Kraft der Hitze hat H. bei seiner Heißluftkauterisation erprobt, während ihm das mit dem neuen Verfahren bei oberflächlichen Carcinomen und Epitheliomen bisher nicht gelungen ist. Dennoch aber glaubt H., daß die Methode, falls sie technisch, besonders nach der Dosierbarkeit hin, noch weiter ausgebaut wird, eine Zukunft hat.

Herr **Hammerschlag**: Winter, der zuerst die Frage der Impfrezidive bei Uteruscarcinom eingehend bearbeitet hat, ist jetzt von seiner früheren Ansicht bezüglich der Häufigkeit dieser Impfrezidive zurückgekommen und hat sich der Mehrzahl der Gynäkologen angeschlossen, die die Impfrezidive nur für einen minimalen Bruchteil der Rezidive überhaupt hält. Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet hat also das von Abel befürwortete Vorgehen nicht die ihm von dem Vortr. zugeschriebene Bedeutung. Nimmt man nun hinzu, daß es die Operationsdauer nicht unerheblich verlängert und bei abdominalen Exstirpationen die technischen Schwierigkeiten beträchtlich vermehrt, so kommt man dazu, die Wichtigkeit der Neuerung für die Uteruscarcinomoperationen als zweifelhaft zu betrachten.

Herr **Bucky**: Ein Vorzug der Methode ist, daß man unter absoluter Blutleere arbeitet. — Andererseits muß man jedoch beachten, daß wegen der „Streuung" der Stromlinien der Koagulationsvorgang nicht so einfach verläuft, wie es Herr Abel dargestellt hat, so daß vor Anwendung zu großer Elektroden und damit zu großer Erhitzungsintensität zu warnen und ein mehr schrittweises Vorgehen anzuraten ist.

Herr **J. Israel**: Für exstirpierbare Tumoren ist der Nutzen der Diathermie nicht recht einzusehen, da die Gefahr der lokalen Rezidive in mindestens 99 pCt. der Fälle darauf beruht, daß außerhalb des Tumors Geschwulstkeime zurückbleiben. Der Nutzen eines diathermischen Angreifens der Geschwülste beschränkt sich auf die Fälle, wo ein Vorgehen mit dem Messer sich verbietet; auch könnte es zur Zerstörung von in und jenseits der Exstirpationsfläche zurückgebliebenen Keimen verwendet werden.

Herr **Falk**: Ganz so selten sind die Impfrezidive doch nicht, aber das Vorgehen des Herrn Abel schützt keineswegs vor ihnen. Bezüglich der Einschätzung der Elektrokoagulation nimmt F. daher denselben Standpunkt ein wie Herr Israel. In der Wertschätzung des Ferrum candens schließt er sich Herrn Holländer an und macht darauf aufmerksam, daß man mit Hilfe des für die Narkose verwendeten Sauerstoffapparates, den man mit einem doppelläufigen Bunsenbrenner verbindet, das Ferrum candens leicht in Glut halten kann.

Herr **Borchardt** steht bezüglich der Bewertung des Verfahrens für Carcinome auf dem Standpunkt der Herren



Antiphlogistine

ein

hydrophiler, schmerzstillender

Umschlag

Ein unvergleichliches Hilfsmittel in der Behandlung aller entzündlichen und congestiven Zustände im Rahmen einer Pneumonie bis zu einer einfachen Furunkulose.

„. . . . Die soeben aufgeführten und eine große Reihe weiterer Fälle, über welche mir deutsche Aerzte Mitteilung zugehen ließen, bestätigten die guten Erfahrungen, die man im Ausland, in Amerika und England vor allem, mit dem Antiphlogistine gemacht hat, so daß ich mich entschließen konnte, das Präparat auch weiteren Kreisen heimischer Kollegen zu empfehlen. Nachdem ich selbst mehr als hundert Fälle erfolgreich behandelt habe, glaube ich diese Empfehlung mit bestem Gewissen hinausschicken zu können."

Oberstabsarzt Dr. Lübbert in Ther. Mtsch. No 11, 1907.

Kade-Denver Co. m. b. H., Berlin-Wilmersdorf II.



Die neuen synthetisch dargestellten Purgantia

haben nach Forschungen der Herren Prof. Dr. Blumenthal der ersten Berl. Universitäts-Klinik, Dr. Bergmann, Dr. Marschall, Dr. Frank etc. **unangenehme, ja oft sogar gefährliche Nebenwirkungen.** Welche Laxantia kommen daher für den Arzt in Betracht und eignen sich zu anhaltendem und länger währendem Gebrauch? Nur diejenigen, welche aus pflanzlichen Stoffen bereitet sind, dabei sicher, ausgiebig und schmerzlos wirken.

Die Pil. aperientes Kleewein

sind ein solches Abführmittel, sie bestehen aus: Extr. Cascar. sagrad. rec. par. Extr. Rhei chinens. rec. par aa. 3·0, Podophyllini, Extr. Belladonnae aa 0·50, Pulv. Cascar. sagrad. quant. sat. ut fiant. Pil. Nr. 50, Obduc. c. Sacchar. alb. et fol. argent.

Preis K. 2,— = M. 1,70



1–2 Pillen abends mit Wasser genommen, führen nach ruhig durchschlafener Nacht morgens einen ausgiebigen schmerzlosen Stuhlgang herbei; sie werden deshalb seit 25 Jahren von den Aerzten aller Kulturstaaten bei Stuhlträgheit und deren Folgekrankheiten als das **verläßlichste** Laxans nach obiger Formel oder kurzweg als **Pil. aperientes Kleewein** verschrieben.

Versuchsproben stehen den Herren Aerzten kostenfrei und franko zur Verfügung.

„Adler-Apotheke" des S. E. Kleewein in Krems bei Wien.

PERTUSSIN

(Extractum Thymi sacchar. Taeschner)

ist ein unschädliches und sicherwirkendes Mittel gegen **Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh, Emphysem** etc.

Es enthält weder Brom noch narcotische Stoffe.

Erhältlich in allen Apotheken in Flaschen von ca. 250 g Inhalt.

Literatur und Muster stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.

KOMMANDANTEN-APOTHEKE,
E. Taeschner,
Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Eingetragene Schutzmarke.

Wiesbaden — Hotel Wiesbadener Hof.

Moritzstrasse 6.

Tel. Nr. 6565/6566. Telegr. „Wiesbadenerhof„ Haus ersten Ranges. Ruhige zentrale Lage inmitten der Stadt und doch in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes. 100 Zimmer und Salons. Warm und kalt fließendes Wasser, Telefon u. elektr. Licht in allen Zimmern. Erstklassiges Wein- u. Bier-Restaurant. Thermal- u. Süßwasser-Bäder auf allen Etagen. Lift. Auto-Garage. Inhaber: **Xaver Hirster.**

Dr. Morck's Physiologisches Salz aus Getreide und Salzen

Indikation: **Stoffwechsel-Erkrankungen**

Glas für 3–6 Wochen: Mk. **2,50**

Dr. Morck's alkalische Salz-Tabletten

bewährt bei rheumatischen Erkrankungen und Katarrhen

Röhrchen mit 24 Tabletten M. **1,25**

Kombination beider Präparate bei verschied. Krankheiten von Vorteil

Name gesetzlich geschützt Nr. 126445

Chem. Laboratorium für med. Untersuchungen von Dr. Morck in Wiesbaden, Kirchgasse 78

Zu haben in den Apotheken

EUCERIN

D.R.P. und eingetr. Wortzeichen

unübertreffliche Salbengrundlage

ist besser als tierische und pflanzliche Fette, weil es nicht ranzig wird;

ist besser als Mineralfette, wie Vaseline und Paraffinsalbe, weil es in wasserfreiem Zustande mehr als 100 % Wasser und wässerige Lösungen aufnimmt;

ist besser als Lanolin und alle anderen Arten von Wollfett, weil es geruchlos ist und eine angenehme Salbenkonsistenz besitzt; es befördert die Aufnahme der ihm zugesetzten Arzneistoffe durch die Haut und wird wegen dieser Vorzüge als unübertreffliche Salbengrundlage allen anderen vorgezogen.

Literatur und Proben für Aerzte kostenfrei von

P. BEIERSDORF & Co., Hamburg 30

Israel und Hammerschlag. Rezidive kann man bei inoperablen Carcinomfällen mit der Methode nicht verhindern. Gute Dienste hat sie ihm bei einem zusammen mit Herrn Nagelschmidt behandelten ausgedehnten Cavernom der Nase geleistet, das nach vorausgeschickter Elektrokoagulation fast ohne jede Blutung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wurde.

Herr **Abel** (Schlußwort) betont, daß er absichtlich nur auf die operablen Fälle eingegangen ist. Bezüglich der Häufigkeit der Impfrezidive steht er auf Grund persönlicher Erfahrungen auf dem alten Winterschen Standpunkt. Jedenfalls wird bei operablen Fällen die Möglichkeit, daß durch die Operation selbst ein Rezidiv veranlaßt wird, durch das vorgeschlagene Verfahren erheblich herabgesetzt.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 3. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr Fürbringer.

Vor der Tagesordnung:

Ein Fall von Herzblock mit Adam-Stokesschem Symptomenkomplex (mit Demonstrationen).

Herr **Plehn**: Das 29 jährige Mädchen, das in der Kindheit Scharlach, Masern und Diphtherie überstanden hat, war sonst stets gesund gewesen. Im August v. J. erkrankte sie an Herzklopfen; das wurde stärker; dazu kamen Ohnmachtsanfälle, die sie zeitweise ans Bett fesselten. Aber erst am 3. v. M. mußte sie das Krankenhaus aufsuchen. Sie ist gracil gebaut, der Thorax auffallend tief. Blaß; cyanotische Wangen; keine Oedeme; deutlicher Venenpuls mit gesteigerter Frequenz (110); oft Ohnmachtsanwandlungen. Sensorium völlig klar, außer in der Ohnmacht; nur einmal gleichzeitig leichte Krampfzuckungen; Zeichen von Hirnanämie. Zeitweise war der Radialpuls nur links fühlbar, sehr unregelmäßig, meist aber trotz der Bradykardie (30 Pulse!) sehr regelmäßig; die Frequenz ging bis auf 28 herunter. Auch die Röntgenschirmuntersuchung zeigte die langsame Kontraktion des linken Ventrikels ganz deutlich. Am 28. v. M. ging die Frequenz bis auf 13—14 Schläge herunter; danach wurden die Ohnmachtsanfälle häufiger. Aus dem letzten erwachte sie nicht wieder. Die Sektion ergab starke Erweiterung des rechten Vorhofs, teilweise auch des linken. Das ganze Herz ist etwas vergrößert. Geringe Randverdickung der Mitralklappe. Erweiterung der Tricuspidalgegend. Chronische Endokarditis, die bis in die Muskeln hineinragt. Schwielige, sehnige Verdickung im Papillarmuskel, die vermutlich auch das Hissche Bündel ergriffen hat. Für die Krankheit war keine Ursache erkenntlich. Vergleicht man Radial- und Venenkurve, so verhält sich die Frequenz beider wie 1:3—4 zueinander; von Zeit zu Zeit fallen zwei Kurvenzacken zusammen. Die Kurve des Spitzenstoßes fällt durch Doppelgipfligkeit auf.

Diskussion:

Herr **Rehfisch**: Die Doppelzacke des Spitzenstoßes beruht vielleicht darauf, daß die Spitzenstoßkontraktion in zwei Tempi erfolgt.

Herr **Plehn**: Es gibt lentescierend verlaufende Endokarditiden, die anscheinend primär zur Klappenerkrankung führen können.

Tagesordnung:

Ueber künstliche Weiterentwicklung der Malariaparasiten in vitro (mit Demonstrationen).

Herr **Ziemann** hat früher in Blutegeln, die er Kranken gesetzt hatte, die Parasiten noch tagelang nachgewiesen, aber nie eine Vermehrung darin bewirkt. Bast, ein Amerikaner, hat in 29 Perniciosa- und 4 Tertianafällen Kulturen in vitro gezüchtet; besonders schwer sei die Kultivierung der Tertianaparasiten. Man fängt dazu aus der Ellbogenvene 10 ccm Blut auf, bringt es sofort, ohne daß Luftblasen dazutreten, in ein Reagenzglas, rührt es mit einem sterilen Glasstab unter Zusatz von 0,1 ccm Dextroselösung um und setzt es, aufrecht gestellt, in den Brutschrank bei 40°. Bast konnte tadellos die ganze Entwicklung der Parasiten feststellen, die im peripheren Blut nicht mehr möglich ist. Denn beim Kranken verlassen die Siegelringparasiten das periphere Blut, um im Inneren die Sporulation durchzumachen.

Vortr. gelang es nun bei einem älteren Herrn, der nach einem Jagdausflug in Ostafrika erkrankte, $^2/_3$ bis ganz erwachsene Parasiten nachts vor der Akme zu gewinnen. Um 10 Uhr früh fand er im Blute junge endoglobuläre Parasiten. Er entnahm nun Blut nach dem Vorgange von Bast und stellte, in 40 Minuten mit Auto ins Laboratorium geeilt, fest, daß im Verlauf der nächsten 8—10 Stunden ein deutliches Wachstum stattgefunden hatte. Infolge der häufigen Untersuchungen war aber trotz aller Vorsicht Bakterienwachstum eingetreten. Vortr. gab, um den Fieberanfall zu coupieren, 2 g Chinin. tannicum. Derselbe trat aber doch ein. Dann entnahm Vortr. wieder Blut und versetzte einen Teil mit 50 pCt. Dextroselösung, einen anderen nicht; bei dem letzteren erfolgte keine Weiterentwickelung. Hier trat nun keine Infektion ein. In den Kulturröhren trennt sich bei 40° nach einiger Zeit das Serum von den roten Blutzellen; in einer dünnen Schicht entwickeln sich die Parasiten und die jungen Merocyten treten in ein noch gesundes rotes Blutkörperchen ein; sonst werden sie eine Beute des Serums und der Leukocyten; von letzteren beteiligen sich alle Formen, auch die lymphatischen, an der Phagocytie. Es gelingt, aus der Kulturflüssigkeit durch vorsichtiges Zentrifugieren allmählich die Leukocyten aus dem Blute abzuscheiden und zu entfernen. Dann entwickeln sich die Parasiten weiter. Aber über dieser dünnen Sedimentschicht muß eine Serumschicht stehen bleiben. Es genügt statt des Serums inaktiviertes Ascitesserum. In der Nacht trat bei dem Kranken trotz Chiningabe die Sporulation ein. Am anderen Morgen früh fanden sich nach im ganzen 2,0 Chinin keine Parasiten, dagegen in der Kulturflüssigkeit deutliche Sporulationsformen und gleichzeitig junge endoglobuläre Parasiten. Weiter entwickelten sie sich bis zum zweiten Abend, wo wieder Sporulationsformen zu bemerken waren, in der Flüssigkeit. In der zweiten Generation gelingt es nicht mehr, so reichlich junge Parasiten zu züchten. Beeinflußt wurde das Resultat überdies durch die Chininwirkung. Damit, daß es gelingt, die Parasiten in vitro zu entwickeln, ist ein neuer Eckstein in der Lehre von der Aetiologie der Malaria gesetzt. Ausblicke für die Biologie und Pathologie, vielleicht Prophylaxe und Therapie erscheinen gegeben.

Möglich ist, daß die Dextrose die in der Hülle der roten Blutzellen befindlichen Parasiten vor der Wirkung des Serums schützt. Sie macht die Blutzellen klebriger und hält die Merocyten fest.

Diskussion:

Herr **Plehn**: Durch wieviel Generationen läßt sich die Kulturzüchtung verfolgen? Auch des Redners Bruder hat die Parasiten zweimal 24 Stunden in der feuchten Kammer beobachtet. Sie meinten damals, daß das Blut sich verändert, abstirbt, und die Blutzellen ihre Qualität als Nährboden verlieren. Handelt es sich bei des Vortr. Versuchen um eine Vermehrung der Parasiten?

Herr **Ziemann** konnte in der von F. Plehn angegebenen Richtung eine Entwicklung nicht erzielen. Im vorliegenden Falle ist es nicht eine Weiterentwickelung, sondern eine Kultur; nicht bloße Konservierung, sondern Vermehrung. Thomson hat diese Erfahrungen bei Perniciosa bestätigt. Dort wimmelt es in der Kultur von Parasiten. Bisher gelang es nicht, die Parasiten über die zweite Generation hinaus zu züchten. Eine Massenentwicklung war wegen der Chininwirkung und der Abkühlung auf dem 40 Minuten weiten Wege nicht möglich.

Untersuchungen über den Zuckergehalt des Blutes und deren klinische Bedeutung.

Herr **Tachau**: Die Untersuchungen des Blutzuckergehaltes sind in den letzten Jahren dadurch gefördert worden, daß es sich zeigte, daß kleine Mengen von 10, 15 und 5 ccm Blut zur exakten Arbeit genügen. Die Untersuchung wurde auch bei Schwerkranken möglich. Wichtig war ferner die Uebereinstimmung der Ergebnisse der Polarisation und der Reduktionsmethoden. Die Blutentnahme soll im nüchternen Zustande geschehen. Nach der Nahrungsaufnahme treten nämlich, besonders bei Diabetes, Steigerungen des Blutzuckergehaltes auf. Dazu ist eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme eine Untersuchung nötig. — Der Blutzuckergehalt schwankt beim Gesunden in engen Grenzen um 0,08 pCt. Nach der Nahrungsaufnahme steigt er nicht wesentlich an; auch bei größeren Kohlehydratmengen nicht. Nur selten wird 0,1 pCt. überschritten. Das ist durch das normale Verhalten der Leber bedingt. Dorthin gelangt vom Darm aus der Zucker und wird in Glykogen verwandelt. Die Leber gibt nur so viel ab, als an der Peripherie, z. B. im Muskel, gerade gebraucht wird. Bei Fieber ist die Blutzuckermenge regelmäßig erhöht (Bollinger). Mit der Erhöhung geht die Steigerung der Temperatur im allgemeinen, aber nicht streng parallel. Auch nach dem Fieberabfall, z. B. nach der Krise bei Lungenentzündung, findet sich noch erhebliche Steigerung des Blutzuckergehaltes. Diese Steigerung zeigt sich noch deutlicher 1 Stunde nach der Aufnahme von 100 g Traubenzucker. Das hängt mit der im Tierversuch erhärteten Tatsache zusammen, daß die Leber die Fähigkeit verliert, Zucker in normalem Maße als Glykogen aufzuspeichern. So geschieht ein Uebertritt größerer Mengen in die Peripherie.

Eine Erhöhung des Zuckergehaltes im nüchternen Zustande findet man bei chronischer Nephritis. In 8 von 12 Fällen sah Vortr. sie; 5 mal wurde 0,1 in geringem Grade überschritten. Neubauer glaubte, daß das mit der Erhöhung des Blutdruckes zusammenhängt. Er nimmt eine Ueberfunktion der Nebenniere an. Das ist nicht richtig. Auch bei erheblichem Blutdruck fand Vortr. zuweilen normale Werte. Die Hyperglykämie findet sich aber besonders bei Fällen, wo noch eine Komplikation, z. B. Urämie und Apoplexie, besteht. Nach Aufnahme von 100 g Traubenzucker zeigte sich ein verschiedenes Verhalten, einmal keine wesentliche Steigerung, in anderen Fällen erhebliche alimentäre Hyperglykämie, immer aber in solchen, die noch anderweitige Störungen haben. Die Störung des Zuckerstoffwechsels wechselt ab; z. B. fand sich einmal nach einer geringen Temperatursteigerung bezw. nach dem Abfall derselben keine Steigerung mehr, trotz Fortbestehens der Nephritis. Durch die chronische Nephritis gewinnt die Ab-

weichung des Zuckerstoffwechsels insofern an Umfang, als die Nieren zuckerdichter sind, ohne daß durch Ausscheidung höherer Mengen im Harn eine Regulierung bezw. Manifestation stattfindet.

Bei Leberkrankheiten sind Störungen durch die experimentelle alimentäre Glykosurie lange bekannt. Auch Vortragender fand bei Lebercirrhose, -lues, -carcinom, akutem und chronischem Ikterus alimentäre Hyperglykämie. 1 Stunde nach der Aufnahme; bei schweren Fällen von Ikterus war sie reichlich, bei leichten normal. Alimentäre Hyperglykämie sah er auch bei chronischem Alkoholismus, Bleivergiftung und Morbus Basedowii. Sie ist aber überhaupt sehr häufig; oft ist es nicht möglich, pathologische Veränderungen verantwortlich zu machen.

In vielen Fällen bestand erhebliche Hyperglykämie ohne Zuckerausscheidung im Harn. Wiederholt sah Vortr. Werte von 0,2 pCt. im Blute ohne alimentäre Glykosurie, z. B. bei fieberhaften Zuständen, auch im nüchternen Zustande. Das Fehlen der Zuckerausscheidung erklärt man damit, daß die Zuckerdurchlässigkeit der Niere herabgesetzt sei. Entweder ist das eine Abwehrvorrichtung, oder die Erhöhung der Zuckerdichtigkeit ist durch Erkrankung oder Schädigung der Niere bedingt. Die alimentäre Hyperglykämie ist eine pathologische Störung des Zuckerstoffwechsels, auch wenn keine Glykosurie besteht. Das ist praktisch wichtig. Man soll sich nicht auf die Harnunteruschung beschränken. Zuckerfreiheit des Harnes beweist noch nicht normalen Ablauf des Zuckerstoffwechsels. Daher ist die Blutuntersuchung nötig. Die Dauer der alimentären Hyperglykämie ist verschieden; manchmal hält sie noch zwei Stunden nach der Aufnahme in erheblichem Maße an; manchmal ist sie dann längst abgeklungen; zuweilen ergeben sich noch niedrigere Werte als im nüchternen Zustande.

Vermutlich haben sich während der geringen Erhöhung des Blutzuckergehaltes periphere Depots gefüllt, so daß nach dem Abklingen der Nahrungsaufnahme ein Transport von Zucker nach den Organen nicht nötig ist, also der Blutzuckergehalt ein Absinken erfährt. Das ist für die Vornahme von Blutzuckerbestimmungen praktisch wichtig. Die Untersuchung im nüchternen Zustande vermeidet Schwankungen.

Wichtige Ergebnisse fand Vortr. bei Diabetes mellitus. In leichten Fällen wurde wenig mehr als 0,1 pCt. gefunden, in schweren Fällen bis zu 0,4 pCt., im Koma 0,7 pCt. und mehr. Sinkt bei Entziehung von Kohlehydraten etc. die Zuckerausscheidung, so geht auch der Blutzuckergehalt herab, in leichten Fällen bis auf die Norm. Meist bleiben aber die Werte noch pathologisch auch bei völlig zuckerfreiem Harne. Das ist wichtig zu wissen. Um Schädigungen durch Traubenzucker, die schon bei viel geringeren Dosen als 100 g bei Diabetes entstehen können, zu vermeiden, bewirkt man die Kohlehydratzufuhr zum Untersuchungszwecke durch eine Berliner Schrippe, die etwa 100 g entspricht.

Zum Schluß berichtet Vortr. von Untersuchungen über die Verteilung des Blutzuckers auf Blutplasma und rote Blutkörperchen in nüchternem Zustande, weil er geringe Unterschiede zwischen dem Blutzuckergehalte des Gesamtblutes und dem des Plasmas gefunden hat. Auf der Höhe der alimentären Hyperglykämie war die Differenz oft ganz erheblich größer; etwa 2—3 Stunden nach der Kohlehydrataufnahme wurde wiederholt in den Blutzellen relativ mehr Zucker als in dem Gesamtblut gefunden. Das wird so erklärt, daß sich die Blutkörperchen während der Hyperämie mit Zucker angereichert haben, daß bei Abfall derselben zunächst der Zuckergehalt im Serum sinkt und die Blutzellen ihren Zuckerüberschuß langsamer abgeben.

Mode.

IV. Bücherschau.

Ueber körperliche Kennzeichen der Disposition zur Tabes. Von Dr. **Richard Stern.** Leipzig und Wien 1912, Franz Deuticke. 88 S. 2,50 M.

Verf. beschäftigt sich in der vorliegenden Monographie auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen sowie seiner eigenen Kasuistik, welche aus dem Nervenambulatorium der ersten medizinischen Klinik zu Wien stammt, mit der Frage, welche Bedingungen für das Zustandekommen der tabischen und paralytischen Erkrankungen notwendig sind. Er sieht als solche an: die Dispositio paralyticans, die luetische Infektion und die Pathofunktion bestimmter Drüsen mit innerer Sekretion. Für die Tabes wäre z. B. charakteristisch eine Hypofunktion der Keimdrüsen, Hyperfunktion der Thyreoidea, eine Hyperfunktion des glandulären Anteils, eine Hemmung des nervösen Anteils der Hypophyse, eine Hypofunktion der Epithelkörperchen, eine Hypofunktion der Nebennieren; die Paralyse würde begünstigt durch Hypofunktion der Keimdrüsen, Hypofunktion der Thyreoidea, Hyperfunktion des glandulären Anteils der Hypophyse, Hypofunktion der Epithelkörperchen, Hyperfunktion der Nebennieren. In einem gewissen Zusammenhang damit steht der konstitutionelle Faktor. In dieser Hinsicht unterscheidet Verf. folgende Gruppen: 1. den asthenischen Hochwuchs, 2. den asthenisch-akromegaloiden Hochwuchs, 3. den asthenisch-stammbehaarten Hochwuchs, 4. den asthenisch-rachitischen Mittel- und Niederwuchs. Diese 4 Gruppen bilden die erste Hauptgruppe. Dann folgt die zweite Hauptgruppe, welche folgende beiden Untergruppen umfaßt: 1. den muskulären Breitwuchs, 2. den adiposen und muskulös-adiposen Breitwuchs. In der ersten Hauptgruppe überwiegen in den von Verf. untersuchten Fällen die Tabiker bei weitem; umgekehrt verhalten sich die Paralytiker; bei ihnen herrscht der muskulöse und adipose Breitwuchs vor. Auch in bezug auf die einzelnen Symptome der Tabes ist nach Verf. die Konstitution von Bedeutung: Menschen mit adiposem Breitwuchs und dysgenitalen Zügen sind von der tabischen Opticusatrophie bedroht, Menschen mit asthenischem Habitus und akromegaloiden Zügen ebenso, wenn auch in geringerem Maße; Menschen mit asthenischem Habitus und starker Stammbehaarung sind möglicherweise den tabischen Krisen stärker ausgesetzt. Soviel über die Ergebnisse des Verfassers, die doch recht viel Hypothetisches an sich haben und vorläufig kaum für die Prophylaxe oder Therapie Früchte tragen werden. Denn die Ansicht des Verfassers, daß man vielleicht einmal dazu gelangen wird, solchen Menschen, welche eine hypophysäre Konstitution zeigen, im Falle einer luetischen Infektion aus prophylaktischen Gründen die Hypophyse zu exstirpieren, ist wohl kaum ernst gemeint. Im ganzen hat man den Eindruck, daß der Autor recht viel Arbeit an eine im Grunde unfruchtbare Sache gewendet hat.

R. L.

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Von Dr. **L. Grünwald** (München). Dritte, vollständig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Teil I. Lehrbuch. Mit 10 farbigen und 220 schwarzen Abbildungen. München 1912, J. F. Lehmanns Verlag. 801 S.

Die Umarbeitungen, welche dieses vortreffliche Lehrbuch in seiner dritten Auflage erfahren hat, sind sehr eingreifend; zum großen Teile beruhen sie auf eigenen, sehr verdienst- und mühevollen Arbeiten des Verfassers, welche sich besonders auf die Systematik des inneren Nasenaufbaues beziehen. Weiterhin hat die Darstellung der Tonsillargegend auf Grund von eingehenden topographischen Untersuchungen G.s eine neue Darstellung gefunden. Aber auch sonst haben sämtliche Kapitel des Buches, unter sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur, eine erhebliche Erweiterung erfahren. Nicht unerwähnt darf schließlich bleiben, daß entsprechend den vermehrten Einzelheiten in der Textdarstellung auch die Zahl der Abbildungen erheblich gewachsen ist, so daß sie gegen die erste Auflage beinahe versechsfacht worden sind. Die verhältnismäßige Billigkeit des Werkes wird ihr übriges dazu beitragen, ihm einen immer wachsenden Leserkreis nicht nur unter den Spezialisten, sondern sämtlichen Praktikern zu sichern.

Der Arzt in der Reichsversicherungsordnung. Seine Rechte und Pflichten. Von San.-Rat Dr. **Joachim** und Justizrat Dr. **Alfred Korn.** Jena 1912, Gustav Fischer. 172 S.

Bei der einschneidenden Bedeutung, welche die im Jahre 1914 erfolgende Einführung der Reichsversicherungsordnung für das Verhältnis jedes deutschen Arztes zu seiner Klientel, sowie für seine Stellung überhaupt voraussichtlich ausüben wird, ist es für jeden Kollegen wünschenswert, einen Ratgeber zur Seite zu haben, der ihm die vielfachen Unklarheiten des komplizierten Gesetzes zu erläutern imstande ist. Nach Durchsicht des Buches muß den Herren Verfassern hohes Lob gespendet werden für die Klarheit und Uebersichtlichkeit, mit welcher sie die weitschichtige Materie dargestellt haben, sowie für die Sorgfalt, mit welcher die Ergebnisse der bisherigen Rechtsprechung, soweit sie für das neue Gesetz weiter Geltung behalten werden, verwertet worden sind. — Angesichts der kritischen Lage, die durch das neue Gesetz geschaffen ist, und die gewiß binnen kurzem zu vielen Konflikten führen wird, kann Referent nicht dringend genug zur Anschaffung des Werkes mahnen.

Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Rapmund** und Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **E. Dietrich.** Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. Leipzig 1913, Georg Thieme. 2 Bände. 1417 S.

Eine Neuauflage dieses Monumentalwerkes, welches im Jahre 1899 zum ersten Male herausgegeben worden ist, wäre schon längst notwendig gewesen. Eine Verzögerung in der Publikation der 2. Auflage ist jedoch durch inzwischen neu erlassene Gesetze, welche naturgemäß in der Neubearbeitung berücksichtigt werden mußten, eingetreten. In seiner neuen Bearbeitung, welche so umfassend geworden ist, daß eigentlich ein ganz neues Buch vorliegt, stellt die „Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde" ein Werk dar, welches tatsächlich dem Arzte, in welcher gesellschaftlichen und sozialen Position er sich auch befinden möge, ein zuverlässiger Ratgeber in seiner gesamten Berufstätigkeit sein dürfte. Noch weit eingehender als in der ersten Auflage haben die Herren Verfasser die einschlägigen Gesetzesbestimmungen in

sämtlichen Abschnitten erläutert und auf Grund von Reichsgerichtsentscheidungen, soweit solche vorliegen, kommentiert. Es würde den Rahmen dieser Besprechung bei weitem überschreiten, wenn Referent es versuchen würde, auch nur andeutungsweise einen Auszug aus dem reichen Inhalt der beiden Bände wiederzugeben. Hervorgehoben werden muß jedoch, daß die Darstellung der spröden Materie derartig übersichtlich und klar ist, daß ihr Studium bei der Lektüre vielfach Genuß und Anregung vermittelt. Das Werk sollte in der Bibliothek keines deutschen Arztes fehlen. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der **Preußische Aerztekammer-Ausschuß**, der bekanntlich laut Schreiben des Ministers des Innern vom 22. November 1912 ein Gutachten über die **Rechtsfähigkeit von ärztlichen Vereinen** erstatten sollte, hielt am 1. Februar cr. im Ministerium des Innern in Berlin eine Sitzung ab. Tags zuvor hatte der Vorsitzende folgendes Schreiben des Ministers erhalten:

„Euer Hochwohlgeboren stelle ich ergebenst anheim, die Frage der Rechtsfähigkeit von kassenärztlichen Vereinen, über die ich durch mein Schreiben vom 22. XI. 12 ein Gutachten vom Ae. K. A. erbeten hatte, von der Tagesordnung des Ae. K. A. abzusetzen, da über die Frage zurzeit noch Verhandlungen zwischen den beteiligten Ressorts schweben. (gez.) v. Dallwitz."

Infolgedessen sah der Kammerausschuß von der Erstattung des Gutachtens ab, hielt sich aber für verpflichtet, der Aerzteschaft gegenüber seine einmütige Ansicht durch folgende Entschließung festzustellen: „Der Ae. K. A. hält die Eintragung der kassenärztlichen Vereine nach § 21 BGB. für wünschenswert, aber nicht für unbedingt nötig. Für wünschenswert, weil sie einer Vereinbarung zwischen Aerzten und Kassen sehr förderlich sein und die Durchführung der Verträge besonders von seiten der Aerzte erleichtern würde. Er überläßt die Eintragung lediglich nach § 21 BGB. der Beurteilung der zuständigen Gerichte."

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Hamburg. Der erste Oberarzt der chirurgischen Abteilung des hiesigen Allgemeinen Krankenhauses in Eppendorf Prof. Dr. Hermann Kümmell hat vom König von Preußen den Charakter als Geheimer Sanitätsrat erhalten.

London. Dr. G. Turner hat die Baronetswürde erhalten; er hat sich um die Seuchenbekämpfung in Südafrika große Verdienste erworben und dabei das Unglück gehabt, sich selbst mit Lepra zu infizieren.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Die **Deutsche Gesellschaft für Züchtungskunde**, die größte derzeit bestehende Vereinigung zur Förderung tierzüchterischer Fragen (Geschäftsstelle: Berlin-Halensee, Halberstädterstr. 3), veranstaltet am 20. Februar, vorm. 9½ Uhr, anläßlich des Regierungsjubiläums des Kaisers im Saale des Künstlerhauses, Berlin, Bellevuestr. 3, eine Festversammlung, auf der u. a. der Physiologe Geheimrat Prof. Rubner über das „Wesen des Wachstums" sprechen wird.

— Im Ministerium des Innern wurde am 9. Februar unter dem Vorsitz des Geheimen Obermedizinalrats Dr. Abel eine Ausschußsitzung der **Gesellschaft für Meeresheilkunde** abgehalten, die in der Hauptsache einem Bericht des Dr. Häberlin (Wyk auf Föhr) über die soziale Bedeutung der Seehospize gewidmet war. Der Versammlung waren Sitzungen der Kommissionen für Seehospize und Schiffssanatorien vorausgegangen.

Wien. Der nächste Kongreß der **„Deutschen dermatologischen Gesellschaft"** findet in Wien am 19. und 20. September d. J. unmittelbar vor der Naturforscherversammlung statt. Angemeldete Vorträge, die auf dem Kongreß nicht zur Verhandlung kommen, können in den Sektionssitzungen der Naturforscherversammlung gehalten werden. Etwaige Anfragen sind zu richten entweder an Prof. Ehrmann, Wien IX, Kolingasse 9, oder an Geheimrat Neisser, Breslau 16, Fürstenstraße 112.

Gerichtliches.

Leipzig. Ein Kaufmann M., Besitzer eines zahnärztlichen Ateliers in Berlin, war vom Landgericht II in Berlin wegen **unlauteren Wettbewerbs** zu einer Geldstrafe von 50 M. verurteilt worden, weil er in Inseraten ein „neues amerikanisches Injektionsverfahren" zur Erzielung der Schmerzlosigkeit bei Zahnoperationen angekündigt hatte. Seine Revision wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen.

Frankfurt a. M. Wegen **Betruges** und **fahrlässiger Körperverletzung** hatte sich der „Privatgelehrte" Wi. vor dem hiesigen Schöffengericht zu verantworten. Als Angestellter in dem ärztlichen Institut von Weisbrod und Dr. Babucke hatte er einen an Gonorrhoe leidenden Patienten nach erfolgloser Anwendung von Höllensteinlösungen auf dessen Wunsch mit Salvarsan behandelt, wofür der Patient 70 M. zahlen mußte. In der Verhandlung erklärte der Sachverständige Med.-Rat Dr. Roth die Verwendung von Salvarsan bei Gonorrhoe für einen Unfug. Die größte Fahrlässigkeit bedeute es aber, daß die beiden in dem Institut tätigen Aerzte sich gar nicht um den Patienten gekümmert, sondern die alleinige Behandlung einem nicht ärztlichen Angestellten überlassen hätten. Das Gericht verurteilte den Angeklagten wegen Betrugs zu 6 Wochen Gefängnis und wegen fahrlässiger Körperverletzung zu 300 M. Geldstrafe. (Nach „Pharmac. Ztg." — Der Börnersche Medizinalkalender vom Jahre 1912 führt unter den Frankfurter Aerzten in der Tat einen Dr. Babucke und einen Weissbrod [sic!] auf. Red.)

Verschiedenes.

Berlin. Das Verzeichnis der von Anfang März bis Anfang April von der **Dozenten-Vereinigung** zu Berlin angekündigten **Ferienkurse** für praktische Aerzte sowie der neueren Veranstaltungen der Vereinigung (Gruppenkurse, Einzelvorträge und Krankenhauskurse) ist erschienen und durch Herrn Melzer, Ziegelstr. 10/11 (Langenbeck-Haus) zu beziehen. — Der diesjährige Gruppenkursus findet vom 7. bis 12. April statt und ist den Magen- und Darmkrankheiten gewidmet.

— Der preußische Minister des Innern hat eine neue **Dienstanweisung für die Hebammen** erlassen, die im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten No. 5, vom 29. Januar 1913, veröffentlicht ist.

— Die Deputation für die städtischen Krankenanstalten und die öffentliche Gesundheitspflege hat beschlossen, bei Unbemittelten kostenlos **Diphtherieschutzimpfungen** in allen städtischen Krankenhäusern ausführen zu lassen.

Hanau. Anläßlich eines Beschwerdefalles über verweigerte ärztliche Hilfe hat sich der hiesige Magistrat den Aerzten gegenüber verpflichtet, bei **eiligen Hilfsleistungen** für das Honorar aufzukommen, falls die Aerzte es von den Hilfesuchenden selbst nicht erlangen können.

Essen a. d. Ruhr. Aus der **Adolf Witzel-Stiftung** erhielt Zahnarzt Hauptmeyer in Essen für die Arbeit „Ueber die anatomischen Veränderungen des Unterkiefers bei einigen Stellungsanomalien der Zähne unter Zugrundelegung der röntgenologischen Befunde" den ersten Preis und Privatdozent Dr. med. Proell in Königsberg für seine Arbeit „Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen des Zahnpulpentodes unter Silikatzementen, nebst praktisch-theoretischen Studien über Zemente und andere Füllungsmittel" den zweiten Preis.

Heidelberg. Ein alljährlicher Stiftungsbetrag von 10 000 M. stand im vergangenen Jahre der von Professor Dr. Vulpius geleiteten **Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt** in Heidelberg zum 6. Male zur Verfügung. Mit Hilfe dieser Summe wurden 300 mit entsprechenden Leiden behaftete Knaben und Mädchen an ca. 15 000 Verpflegungstagen stationär behandelt. Anfragen und Anmeldungen für das laufende Jahr sind zu richten an die Verwaltung der Professor Dr. Vulpiusschen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg, Luisenstraße.

Leipzig. Die **Adelheid-Bleichröder-Stiftung** der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte hat auch im laufenden Jahre Unterstützungen in der Gesamthöhe von 5790 M. für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der Medizin und der angrenzenden naturwissenschaftlichen Fächer zu vergeben. Gesuche sind in fünf Abschriften bis spätestens 31. März 1913 an den Vorstand der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, z. H. des geschäftsführenden Sekretärs Prof. Dr. B. Rassow, Leipzig, Stephanstr. 8, zu richten. Von dieser Stelle können die Satzungen der Stiftung kostenlos bezogen werden. Die Verleihung der Subvention geschieht auf der 85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wien am 25. September 1913.

München. Der verstorbene Prinzregent Luitpold hat zum Andenken an seine verstorbene Enkelin eine **Prinzessin Rupprecht-Stiftung** von 250 000 M. errichtet, deren Erträgnisse dem bayerischen Verein für Säuglingsfürsorge zufließen sollen.

— Das bayerische Staatsministerium des Innern hat an den Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel in München, Erlangen und Würzburg und an der Kreisuntersuchungsanstalt in Speyer **Unterrichtsurse für gemeindliche Polizeibeamte** zur Unterweisung in der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen eingerichtet. In den Kursen werden die einschlägigen wichtigeren reichs- und landesrechtlichen Vorschriften erläutert, die Anforderungen, die an die einzelnen Betriebe in bezug auf Räume, Einrichtung, Reinlichkeit, Aufbewahrung der Waren usw. zu stellen sind,

dargelegt, die erforderlichen Kenntnisse in der Warenkunde vermittelt und die Entnahme, Verpackung und Versendung von Proben gelehrt werden. Die Kurse dauern je 6 Tage.

Prag. Die Gesellschaft zur Förderung deutscher Wissenschaft, Kunst und Literatur in Böhmen hat zur Erinnerung an die 25 jährige Wirksamkeit des hervorragenden Physiologen Prof. Dr. Ewald Hering (jetzt in Leipzig) an der deutschen Universität in Prag eine **Gedenktafel** gestiftet, welche am 8. Februar d. J. im neuen physiologischen Institut der Universität feierlich übergeben wurde. Die Gedenktafel ist ein Werk des Prager Bildhauers Prof. Franz Metzner.

Turin. Die Kgl. Medizinische Akademie in Turin hat soeben den Wettbewerb für die 13. Verteilung des **Riberi-Preises** im Betrage von 20 000 Lire eröffnet, der für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der medizinischen Disziplin bestimmt ist. Interessenten wollen sich bis zum 31. Dezember 1916 melden. Wegen der Bedingungen wolle man sich an das „Sekretariat der Akademie der Medizin, 18, via Po, Turin", wenden.

New York. Die Womans Medical Association in New York schreibt das Mary Putnam Jacobi-**Stipendium für ärztliche Fortbildung** aus. Der Betrag des Stipendiums ist 800 Dollar. Die Bewerbung steht allen approbierten Aerztinnen offen. Bewerbungstermin 1. April 1913. Näheres durch die Vorsitzende, Dr. Emilie Lewi, 35 Mt. Morris Park West, New York.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Das Tetanus-Antitoxin mit der Kontrollnummer 80, geschrieben „Achtzig", aus dem Behringwerk in Marburg ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit dieser Kontrollnummer dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos umgetauscht werden.

Berlin, den 25. Januar 1913.

Der Polizeipräsident.
Im Auftrage: Schlegtendal.

Bekanntmachung.

Das amtliche Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute im Deutschen Reiche ist im Verlage von Julius Springer, Berlin W. 9, Linkstr. 23/24, in einer Neuauflage nach dem Stande vom 1. Januar 1913 erschienen.

Vorstehendes bringe ich den beteiligten Kreisen mit dem Bemerken zur Kenntnis, daß das Verzeichnis den Praktikanten eine gewünschte Handhabe bei der Wahl einer Anstalt bietet.

Berlin, den 30. Januar 1913.

Der Polizeipräsident.
Im Auftrage: Schlegtendal.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Stern zum Roten Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. R. v. Olshausen in Berlin.

Roter Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub: Ordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. L. Hermann in Königsberg i. Pr.

Roter Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife: Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. O. Risel in Halle a. S.

Roter Adler-Orden 3. Kl.: Außerordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. K. Sudhoff in Leipzig.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Arzt Prof. Dr. H. Hoeftmann in Königsberg i. Pr., Privatdozent Prof. Dr. L. Langstein in Berlin-Wilmersdorf.

Stern zum Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Leibarzt S. M. des Königs von Sachsen Generalarzt z. D. Dr. W. Selle in Dresden.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl. mit dem Stern: Ministerialdirektor Geh.-Rat Dr. Rumpelt in Dresden.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Geh. San.-Rat Dr. A. Cohn in Berlin, Privatdozent Geh. San.-Rat Dr. K. Seeger in Kiel, Geh. Med.-Rat Dr. A. Tenholt in Münster i. W.

Königl. Kronen-Orden 4. Kl.: Oberarzt Dr. H. Koeppen an der Militärtechnischen Akademie.

Rote Kreuz-Medaille 2. Kl.: Generalarzt z. D. Dr. G. Körting in Berlin, Dr. G. Brauner in Guben, Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. R. Kühne in Charlottenburg, Stabsarzt d. R. Dr. P. Baehr in Erfurt, Stabsarzt d. R. a. D. Dr. A. Lieven in Aachen, Geh. San.-Rat Dr. J. Kribben in Brühl, Landkreis Cöln, Oberarzt Dr. H. G. Luce in Hamburg.

Prädikat Professor: San.-Räte Dr. J. Wolff in Berlin, Dr. Th. Landau in Charlottenburg und Dr. H. Wossidlo in Berlin-Schöneberg, Aerzte Dr. N. Gierlich in Wiesbden und Dr. O. Kalischer in Berlin.

Niedergelassen: Dr. H. Opitz in Thorn, Aerztin Dr. O. Hoffmann, geb. Elsleben, Dr. K. Roscher und Dr. J. Schwartz in Berlin, G. Lütcke in Charlottenburg, Dr. S. Cornelius in Berlin-Lichterfelde, Dr. W. van Lessen in Leer, Dr. H. Sebald in Weyhers, P. Siegfried in Königsberg, Dr. B. Zabel in Danzig, Dr. F. Friedland in Cottbus, Dr. W. Unruh in Barth, Dr. R. Pipenberg in Rankau (Kreis Nimptsch), Aerztin Dr. A. Clausen in Sonderburg, Dr. C. A. E. L. Schlitt in Laboe, Dr. J. Müller in Sievershausen, Dr. F. Wehl in Celle, Dr. H. Klein in Walsrode, Dr. G. Quellhorst in Scharnebeck, C. Palm in Amelinghausen, Dr. W. Brauss in Dortmund, Dr. F. Jaspert in Soest, Dr. K. Voss in Werl.

Verzogen: San.-Rat Dr. B. Hentchel von Schönlanke, Dr. R. Hammer und Dr. W. Kapuscinski von Halle a. S. und Dr. E. Eckstein von Kattowitz nach Posen, Dr. M. Fischer von Elbingerode nach Jaratschewo, Dr. A. Frank von Charlottenburg und Dr. W. Sesse von Dortmund nach Göttingen, Dr. W. Fischer von Göttingen nach Schanghai, Dr. E. Flinzer von Bremen nach Goslar, Dr. P. Müller von Cassel nach Salzgitter, Dr. K. Baumeister von Tann (Rhön) nach Niedersachswerfen, W. Schönrock von Lerbach nach Luschwitz, Dr. W. Hartwich von Lengerich nach Eickelborn, Dr. A. Benthaus von Dortmund nach Cöln, Dr. F. Linde von Gelsenkirchen nach Dortmund, San.-Rat Dr. E. Poensgen von Nassau nach Charlottenburg, Dr. A. Spanuth von Groß-Lengden nach Neustadt i. Holst.

Gestorben: Dr. H. Goldschmidt in Breslau, San.-Rat H. Postler in Rankau (Kreis Nimptsch), San.-Rat Dr. W. Cohnheim in Liegnitz, San.-Rat Dr. P. Lange in Warmbrunn, San.-Rat Dr. O. Holm in Eckernförde, Geh. San.-Rat Dr. H. Litzmann in Altona, Dr. L. Rummel in Bissendorf, San.-Rat Dr. J. Hain in Neumagen, Geh. San.-Rat Dr. F. W. Benicke und Dr. P. Schenk in Berlin, Dr. R. Meilitz in Charlottenburg, Dr. F. Nathan in Berlin-Schöneberg, Kreisarzt Med.-Rat Dr. R. Heyer in Angermünde, San.-Rat Dr. Heidenhain in Berlin-Steglitz, San.-Rat Dr. R. Beenen in Möckern, Dr. R. Koch in Cassel.

Bayern.

Auszeichnungen: Titel und Rang eines k. Hofrats: den prakt. Aerzten Dr. K. Stillkrauth in Regensburg, Dr. H. Theile in Hof, Dr. M. Simon in Nürnberg, Dr. R. Seisser in Würzburg, Dr. K. Römer in Aschaffenburg, Dr. J. Sprengler in Augsburg, Dr. M. Madlener in Kempten und Dr. O. Rommel in München, den Bahnärzten Dr. M. v. Riedl und Dr. J. Röhlinger in München und Dr. J. Werr in Burgbernheim, B.-A. Uffenheim.

Titel und Rang eines k. Oberarztes: den Anstaltsärzten an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee Dr. J. v. Schleiss-Löwenfeld, an der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing Dr. F. Sendtner, an der Heil- und Pflegeanstalt Haar Dr. A. Imhof, an der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen Dr. W. Oppermann und Dr. J. Klüber, an der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach Dr. K. Schwarz.

Rang eines k. Oberarztes: dem Oberarzt und Anstaltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth Dr. J. Fritz.

Gestorben: Dr. L. Theobald in München, Dr. L. Hartle in München, Dr. M. A. Leyser in Meckenheim.

Württemberg.

Auszeichnung: Karl-Olga-Medaille in Silber: Dr. P. Buttersack in Heilbronn.

Verzogen: Dr. A. Schäfer von Göppingen nach Geislingen a. St.

Sachsen.

Niedergelasen: Dr. K. Chr. F. A. Hesse in Zittau.

Angestellt: Dr. Th. W. K. Böttger in Bernstadt als Gerichtsassistenzarzt an Stelle der freiwillig zurückgetretenen Dr. Hausdorf daselbst.

Verzogen: P. H. Sperling von Reibersdorf.

Baden.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. J. Kugler in Mannheim.

Oldenburg.

Ernannt: Dr. H. Lübbers zum Amtsarzt in Löningen für den Bezirk des Amts Cloppenburg.

Niedergelassen: Dr. W. Baaden in Oldenburg, Dr. F. Weidner in Abbehausen.

Verzogen: Dr. Keetmann von Abbehausen nach Cassel.

Hamburg.

Niedergelassen: R. W. E. Hack, Dr. M. W. R. Fraenkel, Dr. H. G. Plass und Dr. K. H. Th. Heinemann in Hamburg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz Berlin W. 30 Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 22. Februar 1913 | No. 8

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 22. Februar 1913** **No. 8**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ortizon, ein neues Wasserstoffsuperoxydpräparat in fester Form.*)

Von

Dr. M. Strauss, Spezialarzt für Chirurgie in Nürnberg.

Das Wasserstoffsuperoxyd ist heute ein unentbehrlicher und daher allseits geschätzter Bestandteil des Verbandutensilientisches des praktischen Arztes wie des Chirurgen. Seine Wertschätzung verdankt es im wesentlichen dem Umstande, daß bei seiner Anwendung im blutenden, granulierenden oder eiternden Wundgebiete Sauerstoff in Gasform frei wird und eine starke Schaumentwicklung zustandekommt. Diese bedingt eine mechanische Wundreinigung und daneben die schonendste Lockerung von in oder an der Wunde klebenden Verbandstoffen, die vor allem bei der Behandlung tamponierter Höhlenwunden von Arzt und Patient angenehm empfunden wird. Dazu kommt die desodorierende und blutstillende Wirkung, die ebenfalls für die Behandlung von Höhlenwunden von Wert ist.

Freilich mußten bisher bei der Wasserstoffsuperoxydverwendung eine Reihe von Uebelständen mit in den Kauf genommen werden, die zunächst in der chemischen Eigenart des H_2O_2 beruhen. Ich erwähne die leichte Zersetzlichkeit, die sich bei dem reinen Präparat, ebenso wie bei dem gelösten schon bei Zimmertemperatur bemerkbar und für die Lösung einen Säurezusatz nötig macht, der jedoch bei längerer Aufbewahrung nicht die Zersetzung aufzuhalten vermag. Es braucht wohl nicht betont zu werden, daß der Säurezusatz für die Wundbehandlung einen unangenehmen Faktor darstellt, da er zu einem Gefühl des Brennens und zur Reizung der Wunde führt. Daß die geringe Haltbarkeit bei seltenerem Gebrauch die jedesmalige Neuanschaffung von H_2O_2 verlangt und damit eine ökonomische Belastung darstellt, sei hier nur kurz erwähnt.

Nun hat zwar Merck (Darmstadt) eine 30 proz. reine H_2O_2-Lösung — Perhydrol — in den Handel gebracht, die chemisch rein und säurefrei und auch haltbar ist, so daß bei ihrer Verwendung die genannten Uebelstände ausgeschaltet sind. Dieses Präparat ist jedoch recht kostspielig und läßt sich zudem in kleineren Mengen nur mit Hilfe besonderer Flaschen und Pipetten sparsam verwenden. Oekonomische Rücksichten — in der Kassenpraxis ist seine Verwertung völlig ausgeschlossen — verbieten daher seine ausgedehntere Verwendung.

Es war mir deshalb angenehm, als mir vor nunmehr 1½ Jahren von den Farbenfabriken Friedr. Bayer & Co. ein H_2O_2 in fester Form überlassen wurde. Ich habe dieses Präparat, Ortizon genannt, während dieser Zeit ausgiebigst mit gutem Erfolge verwendet.

Das Ortizon ist eine chemische Verbindung von 36 Gewichtsteilen chemisch reinen H_2O_2 mit 64 Teilen Carbamid. Es übertrifft somit an Konzentration die meisten im Handel befindlichen H_2O_2-Präparate.

Ein besonderer Vorzug ist seine feste, luftbeständige Form und neutrale Reaktion. Aus Ortizon lassen sich säurefreie H_2O_2-Lösungen von neutraler Reaktion in jeder gewünschten Konzentration herstellen. Ich kann vorwegnehmen, daß ich keinerlei schädliche oder störende Wirkungen bei der Verwendung des Präparates beobachtete. Der Carbamidgehalt bedeutet keinen Nachteil, da das Carbamid ein völlig ungiftiges Präparat darstellt und kühlend wirkt, was für die Wundbehandlung einen Vorzug bedeutet. Ein weiterer Vorteil ist die Möglichkeit einer sparsamen Verwendung, da das Ortizon als Ortizon granulé in Glasgefäßen mit Meßglasverschluß, ähnlich wie die Sandowschen Salze, in den Handel kommt und so nur die Menge H_2O_2-Lösung hergestellt werden braucht, die für den Fall gerade nötig wird. Ein weiterer Vorteil ist der

*) Nach einer Diskussionsbemerkung im ärztlichen Verein in Nürnberg am 5. März 1912.

Umstand, daß das feste Ortizon sich leichter transportieren läßt, als die flüssige H_2O_2-Lösung, was für den Landarzt eine Erleichterung und Vereinfachung des Verbandkofferchens bedeutet.

Neben dem granulierten Ortizon werden auch Ortizonwundstifte hergestellt, die aus reinem Ortizon und etwas Amylum als Bindemittel zusammengesetzt sind und ähnlich wie der Höllensteinstift verwendet werden können, um eine lokalisierte Behandlung einzelner Wundpartien zu ermöglichen oder Fistelgänge zu reinigen. Von besonderer Bedeutung erscheinen mir diese Stifte zur Verwertung der blutstillenden Wirkung des H_2O_2, da mit diesen Stiften das isolierte Betupfen blutender Höhlenwunden (Alveole nach Zahnextraktion, Mittelohr bei Radikaloperation) ermöglicht ist.

Endlich will ich noch darauf hinweisen, daß aus der gleichen Substanz wie die genannten Wundstifte Ortizon-Mundwasserkugeln hergestellt werden, die die antiseptische und desinfizierende Wirkung des H_2O_2 für die Mundpflege verwerten und eine exakte Dosierung des H_2O_2 für antiseptische Gurgelungen ermöglichen, worüber bereits Blessing vom zahnärztlichen Standpunkte aus berichtete [1]).

Kurz zusammengefaßt ist das Präparat geeignet, die bisherigen Nachteile des H_2O_2 zu beheben und so zu einer ausgedehnten Verwertung dieses für die Wundbehandlung bedeutungsvollen Mittels zu führen. Der Preis des Präparates ist in Anbetracht der sparsamen Verwendungsmöglichkeit ein geringer.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Neuere Arbeiten über Schwarzwasserfieber, besprochen von San.-Rat Dr. **Kronecker** (Berlin-Steglitz).

Das Schwarzwasserfieber [1]), so genannt wegen seines für den Laien auffälligsten Hauptsymptoms: der Ausscheidung eines schwarzroten Harns, wird von der Mehrzahl der modernen Autoren unter die Malariaformen gezählt, wenn dasselbe auch, strenggenommen, mehr eine Komplikation oder besser eine Folgeerscheinung der Malaria mit akutem Blutzerfall genannt werden muß. Denn es sind exquisite Malariagebiete, in welchen das Schwarzwasserfieber herrscht, und fast ausnahmslos wird der Arzt imstande sein, während des Verlaufs der Krankheit in dem Blute des Patienten die der tropischen Malaria eigentümlichen kleinen unpigmentierten siegelringförmigen Parasiten, zuweilen, wenngleich seltener, auch die großen Tertian- und Quartanparasiten, nachzuweisen.

Nach Hearsy [2]) und anderen Forschern ist das Schwarzwasserfieber keine Krankheit sui generis. Denn es erkranken daran stets nur Leute, welche längere Zeit in der Fiebergegend leben, keine Neuankömmlinge. Letztere aber müßten vor allem gefährdet sein, wenn das Schwarzwasserfieber wirklich eine scharfumschriebene, wohlcharakterisierte Krankheitsform, etwa wie das Gelbfieber, darstellte. Die Disposition zu Schwarzwasserfieber wird nach Hearsy durch öfteres Ueberstehen schwerer Malaria erworben, während Chinin den Anfall selbst auslöst. Sehr beachtenswert erscheint die Beobachtung des portugiesischen Forschers José [St. Anna] [3]), daß subkutane Chinininjektionen, selbst von hoher Dosis, sehr selten imstande sind, die Hämoglobinurie auszulösen. Er glaubt daher annehmen zu dürfen, das per os gegebene Chinin reize den Verdauungskanal und führe hierdurch zu Autointoxikationen und zum Ausbruche des Schwarzwasserfieberanfalls.

Eine gut fundierte Theorie des Schwarzwasserfiebers auf Grund der Seitenkettenlehre stellt Külz [4]) auf. Nach seiner Meinung bilden sich bei Malariakranken Hämolysine und Antihämolysine im Sinne der Seitenkettentheorie Ehrlichs.

Bei den zu Schwarzwasserfieber inklinierenden Kranken gewinnen erstere die Oberhand über die Antihämolysine. Der Ausbruch des Anfalls läßt sich zwanglos deuten als Sieg der Hämolysine beim Zusammentreffen mit Chinin, welches zeitweise in der Leber und anderen Organen aufgestapelt wird. Die klinischen Erfahrungen sowie die Ergebnisse anderer Forscher passen sich dieser Theorie gut an.

Das Verbreitungsgebiet des Schwarzwasserfiebers ist sehr groß. Kaum eines der von schwerer Malaria heimgesuchten Länder bleibt ganz verschont. Weitaus am stärksten gefährdet scheinen indessen die flachen Küsten des tropischen Afrikas, vorzugsweise die Westküste. Bekannt ist ja, wie sehr auch unsere blühende Kolonie Kamerun noch bis vor wenigen Jahren unter der tückischen Krankheit zu leiden hatte. Deutsche Intelligenz und deutsche Gewissenhaftigkeit haben hier indessen neuerdings die Lage wesentlich gebessert. Dank rationeller, streng durchgeführter Chininprophylaxe kommt das Schwarzwasserfieber an der Kamerunküste jetzt nur noch selten zur Beobachtung. Anders in den fremden Kolonien. Hier fordert die Krankheit unter den weißen Ansiedlern noch Jahr für Jahr zahlreiche Opfer. Besonders stark infiziert ist unter anderen das zu Portugiesisch-Ostafrika gehörende, nördlich an Deutsch-Ostafrika grenzende Mosambique. Der obenerwähnte José (St. Anna) berichtet, daß das Schwarzwasserfieber dort unter den griechischen Kleinhändlern und den aus Madeira zugewanderten Landbauern recht bösartig auftritt. Für letztere vor allem erscheint das tropische Afrika als Niederlassung ganz ungeeignet, zumal die ärmere weiße Bevölkerung für eine sachgemäße Chininbehandlung oder Prophylaxe oder gar für Zuziehung eines Arztes weder Geld noch Verständnis besitzt. Die meisten Erkrankungen sehen wir beim plötzlichen Uebergang von der Regenzeit zur Trockenzeit auftreten. Möglicherweise spielt hier die intensive Lichtwirkung bei den an dunklem Hautpigment armen Rassen eine wichtige Rolle, obwohl unregelmäßig und in zu großen Dosen genommenes Chinin stets als der wichtigste auslösende Faktor anzusehen ist.

Auch José ist ein strikter Anhänger der malarischen Grundlage des Schwarzwasserfiebers. Wohl gaben seine Patienten gelegentlich an, sie hätten vor Ausbruch der Krankheit nie an Malaria gelitten. In derartigen Fällen konnte er indessen stets den Nachweis führen, daß die Betroffenen tatsächlich doch leichte Fieber, welche sie nicht als Krankheit empfanden, durchgemacht hatten.

Die beste Prophylaxe gegen die gefährliche Erkrankung besteht darin, daß der weiße Tropenbewohner in den vom Klimafieber bedrohten Gebieten 1. dauernd eine verständige, systematisch durchzuführende Chininprophylaxe übt (siehe Sammelreferat Jahrg. 1912, S. 500) und daß er 2. nach Ausbruch des Malariaanfalls sich einer nach Lage des jeweiligen Falles anzuordnenden Chininkur unterzieht (siehe ebenda S. 513.).

Külz [5]) tadelt es mit Recht, daß auch heute noch, nicht allein unter Laien, sondern sogar auch unter Aerzten, der Glaube verbreitet ist, man dürfe bei Malaria tropica auf der Höhe des Fiebers kein Chinin nehmen; sonst drohe die Gefahr des Ausbruchs von Schwarzwasserfieber. Dies führte in mehreren dem Autor bekannten Fällen dazu, daß die Patienten während eines heftigen Anfalles von Malaria tropica überhaupt gar kein Chinin nahmen, weil die Temperatur, ein bei Tropica nicht seltenes Vorkommnis, tagelang keinen normalen Stand erreichte. Die Folgen einer derartigen Unterlassung sind doppelt bedenklich. Erstlich vermögen sich die Parasiten ungestört weiter zu entwickeln, um hierdurch einer zu spät einsetzenden Chinintherapie gegenüber immer resistenter zu werden, und zweitens wird geradezu befördert, was wir zu vermeiden wünschen: die Disposition zu Schwarzwasserfieber infolge der lang anhaltenden Malaria. Dieser allgemein verbreiteten Angst vor dem Chinin auf der Fieberhöhe treten wir am besten dadurch entgegen, daß wir den weit im Innern, fern von ärztlicher Hilfe lebenden Europäern empfehlen, bei Erkrankung an Malaria unter steter Kontrolle des Urins 5 mal täglich je 0,2 g Chinin in 2—3 stündigen Intervallen zu nehmen. Der unzweckmäßige Rat: „Auf der Höhe des Fiebers kein Chinin!" soll dahin modifiziert werden, daß wir sagen: „Auf der Fieberhöhe keine großen Chinindosen!" Kleinere Chiningaben bedingen in jedem Falle eine geringere Hämoglobinuriegefahr. Wir sind bei vorsichtiger Chininmedikation mit kleinen Dosen weit besser in der Lage, durch stete Kontrolle des Urins rechtzeitig die Grenze zu erkennen, bei welcher wir mit dem Chinin pausieren müssen. Külz selbst bestrebt sich, bei seinen Schwarzwasserfieberpatienten nach Beseitigung des akuten Anfalls, während dessen auch er, wie alle anderen Tropenärzte, die Chininmedikation aussetzt, durch minimale Anfangsdosen Chinin und vorsichtiges, allmähliches Steigen die Malariaparasiten, die eigentliche Ursache des Schwarzwasserfiebers, unschädlich zu machen und dadurch Rezidive zu verhüten. Von Juni 1907 bis März 1908 behandelte er in Kamerun 18 Patienten an Schwarzwasserfieber. Für die Therapie kamen 2 am dritten resp. vierten Tage der Anurie aufgenommene und sehr bald tödlich endende Fälle nicht in Betracht. Bei den übrigen 16 schlug er folgendes Verfahren ein: Als der Urin völlig frei von Blut und Eiweiß geworden

---

[1]) Deutsche zahnärztliche Wochenschrift, 1912, Bd. XV, H. 32.

[1]) Scheube: Die Krankheiten der warmen Länder. Vierte umgearbeitete und erweiterte Auflage. Jena 1910, Verlag von Gustav Fischer.

[2]) Hearsy: Blackwaterfever. Journ. Tropical Med Hyg., Bd. 9, Heft 1.

[3]) José (St. Anna): Algunas correlazoes etiologicas da biliosa hemoglobinurica. Med. Contemp., 1909, Bd. 8, H. 1.

[4]) Külz: Eine Theorie des Schwarzwasserfiebers auf Grund der Seitenkettenlehre und der Katalyse. Malaria, internationales Archiv, Februar 1909, Bd I, H. 2.

[5]) Regierungsarzt Dr. Külz (Duala. Kamerun): Behandlung der Malaria mit fraktionierten Chinidosen. Eingegangen September 1908. Menses Archiv für Schiff- u. Tropenhygiene, 1909, 13. Jahrg., S. 35 ff.

war, machte Külz sofort den Versuch mit einer Probedosis von 0,05 g Chinin. Hierauf wartete er 6 Stunden, um den nach dieser Gabe entleerten Harn untersuchen zu können. Nun folgte unter fortwährender sorgfältiger Urinkontrolle eine zweite Dosis von 0,1 g, welche zunächst in 6 stündigen Intervallen wiederholt wurde. Diese Pausen verkürzte er jeden folgenden Tag, bis die gesamte Tagesdosis 1,0 g betrug. Erst dann erhöhte K. die Einzelgaben von 0,1 auf 0,2 und weiter. Wie schnell bei diesem Verfahren die Toleranz für 1 g Chinin und mehr eintrat, erhellt aus dem Umstande, daß von den 16 Schwarzwasserfieberpatienten 6 dieses Ziel bereits am vierten, 5 am fünften, 2 am siebenten und einer am achten Tage erreichten. Als weitere erfreuliche Folge jener Medikation ist es anzusehen, daß Külz nur bei einem der so behandelten Kranken einen Mißerfolg, d. h. einen Rückfall, sah. Er betraf einen Patienten, welcher nach nur 0,05 g Euchinin ein Rezidiv erlitt. Die Dosis, welche den Schwarzwasserfieberanfall auslöste, hatte 1 g Euchinin betragen. Als nach 3 Tagen der Urin wieder blut- und eiweißfrei war und ein neuer Malariaanfall das Leben direkt bedrohte, nahm Külz seine Zuflucht zu dem von Celli warm empfohlenen Chinintannat, welches er dem von begreiflicher Chininfurcht beherrschten Patienten unvermerkt in dem Kakao reichte. Er erhielt am ersten Behandlungstage 3 mal 0,4 g Chininum tannicum (ungefähr gleichwertig einer Dosis von 0,1 Chininum hydrochloricum), am zweiten Tage 4 mal die gleiche Gabe, und am dritten 5 mal 0,4 g Chinintannat. Damit war er entfiebert und ging unter Fortsetzung der Chiningewöhnungskur einer ungestörten Genesung entgegen.

Die Therapie des ausgebrochenen Schwarzwasserfiebers angehend, so wird vor allem behufs Stärkung der gefährdeten roten Blutkörperchen Calciumchlorid in großen Dosen gereicht. Der griechische Arzt J. P. Cardamatis[6]) entwickelt einen sehr rationellen Heilplan, bei dessen Befolgung er in der von Malaria und Schwarzwasserfieber schwer heimgesuchten jungen tessalischen Ansiedelung Neu-Anchialos sehr gute Resultate verzeichnen konnte. Bei seiner Heilmethode handelte es sich um Erfüllung folgender Indikationen:

1. Schutz vor Erkältung und Ermüdung, Schädlichkeiten, welche erfahrungsgemäß den Schwarzwasserfieberanfall hervorrufen;
2. Stärkung der roten Blutkörperchen;
3. schneller Ersatz des Blutes;
4. Verringerung der Hyperämie der Leber;
5. Vermehrung der Urinsekretion.

Punkt 1 betreffend empfahl C. den Kranken ein warmes Bett und ein Zimmer mit einer Temperatur von 20—22° C., sowie Vermeiden jeder Anstrengung. Er hatte gesehen, daß alle zu Blutharnen neigenden Personen, welche sich den Strapazen einer Reise unterzogen, um bessere ärztliche Pflege aufzusuchen, infolge plötzlicher Verschlimmerung ihres Zustandes erlagen.

Zwecks Erfüllung der Indikation 2: Stärkung der roten Blutkörperchen, gab er täglich 5—6 g Calciumchlorid, außerdem alle 6 Stunden Injektionen von 250—300 g physiologischer Kochsalzlösung. Vom dritten Tage an verringerte er die zu injizierende Menge von Kochsalzlösung alle 6 Stunden um je 50 g. Zuweilen setzte er auch Klistiere von warmem Meerwasser. Bei Eintritt urämischer Symptome unterließ er sowohl Einspritzungen als Klistiere und verordnete warme Bäder, blutige Schröpfköpfe und energische Abführmittel. Das Erbrechen bekämpfte er durch Eis. In schweren Fällen von Urämie schritt C. sofort zum Aderlaß.

In jedem Falle von Schwarzwasserfieber, auch wenn die Gefahr einer Urämie nicht vorlag, untersagte er stets den Gebrauch harntreibender Mittel. Dagegen reichte er, wenn es der Zustand des Magens irgend erlaubte, ein salinisches Abführmittel und ließ einige Tage lang feuchtwarme Kompressen auf die Lebergegend legen. Das Chinin setzte er während des Schwarzwasserfieberanfalls völlig aus.

Indikation 4: Verringerung der Leberhyperämie, erfüllte C. durch die schon obenerwähnten feuchtwarmen Dauerkompressen auf die Lebergegend. In schweren Fällen suchte er den Pfortaderkreislauf mittels trockener oder blutiger Schröpfköpfe zu entlasten. Durch alle diese Maßregeln erzielte er auch die unter 5 erwähnte Vermehrung der Harnmenge.

War der Schwarzwasserfieberanfall selbst überwunden und wurde durch Nachweis von Malariaparasiten der strikte Beweis einer noch bestehenden Malaria geführt, so nahm C. dennoch vorerst von einer Chininmedikation selbst in kleinsten Dosen Abstand. Er reichte anstatt dessen Chinchonin ($C_{19}H_{22}N_2O$), ein Alkaloid, welches in der Chinarinde das Chinin begleitet, ähnlich dem Chinin, aber wesentlich schwächer wirkt und als gut tonisierendes Arzneimittel wohl mehr Beachtung verdient, als ihm, bei uns wenigstens, gezollt wird. Als Nebenprodukt bei der Chininbereitung ist es wohlfeiler als Chinin. Von diesem Chinchonin gibt C. nach Schluß des Schwarzwasserfieberanfalls zuerst auch noch ganz kleine Gaben, bis er langsam und allmählich zu 1 g Chinchonin täglich gelangt. Erst dann beginnt er mit Einspritzungen von salzsaurem Chinin, mit 0,05 g anfangend und täglich um 0,05 g steigend, bis er auf 1 g pro die gelangt. Das mag manchem Leser als übertriebene Aengstlichkeit und Vorsicht erscheinen. Er muß aber bedenken, welch schweren, das Leben aufs äußerste bedrohenden Zustand ein solcher Anfall von Hämoglobinurie bedeutet, zumal er einen durch langdauernde Tropenmalaria bereits aufs äußerste geschwächten Organismus trifft.

Auch Römer[7]) beschreibt einen Fall von Schwarzwasserfieber, bei welchem Chlorcalcium in großen Dosen gute Dienste leistete. Die Patientin, welche in Niederl.-Indien lebte, hatte ein Jahr vor ihrer Erkrankung an Schwarzwasserfieber an Malaria gelitten und längere Zeit nach ihrer Genesung Chinin genommen. Sie bekam plötzlich ein Rezidiv, nahm täglich 0,5 g Chinin, und einige Tage später zeigte sich Blut im Urin. Chlorcalcium hatte in einer Dose von 4 g täglich per os einen unmittelbar günstigen Heilerfolg. 23 Tage später wurde sie von einem neuen Rezidiv befallen. Chininum tannic. blieb in diesem Falle ohne Wirkung; die Temperatur stieg sogar noch weiter an, so daß 0,5 Chininum hydrochlor. gereicht werden mußte. Hierauf trat Besserung ein. Die Blutuntersuchung zeigte Tertianparasiten.

Ein zweites neuerdings gegen Schwarzwasserfieber gebrauchtes Mittel ist das Cholestearin. Schon seit längerer Zeit wissen wir, daß die hämolytische Wirkung verschiedener Blutgifte durch Cholestearin im Reagenzglas wie auch beim Versuch am Tiere unwirksam gemacht werden kann. In der Annahme, daß auch beim Schwarzwasserfieber derartige hämolytische Gifte tätig sind, gab Grimm[8]) in einem Falle 1 g Cholestearin 3 mal täglich per os und führte hierdurch schnelle Genesung herbei. Grimm vertritt freilich die Theorie, das Schwarzwasserfieber heile nach Aussetzen des Chinins meist spontan. Andererseits glaubt er, daß Cholestearin in Gaben von 3 g pro Tag in derartigen Fällen zum wenigsten keinen Schaden stifte.

Nach der Meinung von Külz[9]) hingegen eignen sich keineswegs alle Fälle von Schwarzwasserfieber zum Erproben der obenerwähnten antihämolytischen Wirkung des Cholestearins. Dieser Forscher unterscheidet vielmehr drei große Gruppen von Schwarzwasserfieber auf Grund ihres klinischen Verlaufes, nämlich erstens solche, und das sind die häufigsten, in welchen einmalige, länger oder kürzer dauernde Hämolyse mit Hämoglobinurie auftritt. Diese Fälle gehen, weil es sich um einen nur vorübergehenden Paroxysmus handelt, auch ohne kausale Therapie in Genesung über. Zweitens unterscheidet er solche, bei welchen es zur Verstopfung der Nierengefäße und Harnkanälchen und hierdurch zur Anurie kommt. Hier dürfen wir freilich kaum hoffen, jene mechanische Verstopfung durch Cholestearin lösen zu können. Drittens kennen wir endlich Fälle, in welchen nicht nur ein einziger paroxysmatisch auftretender Blutzerfall zur Beobachtung kommt, sondern noch ein zweiter, durch Schüttelfrost sich ankündigender Zerfall einsetzt, sobald der vorhergehende abzuflauen beginnt. Auch bei dieser dritten Form pflegt leider der tödliche Ausgang zur Regel zu gehören. „Mit Trauer," so äußert sich Ziemann, „sieht in solchen Fällen der Arzt hilflos der immer sich erneuernden, fermentartig wirkenden Hämoglobolyse zu." Nun wird man wohl ganz im Anfang des Schwarzwasserfieberanfalls selten mit Sicherheit entscheiden können, unter welche der drei Kategorien er gehört. Auch ist der Arzt, namentlich in Afrika, dem schlimmsten Schwarzwasserfieberherde, selten in der Lage, persönlich Zeuge des Ausbruchs der Krankheit zu sein. Dazu leben die Weißen dort zu verstreut auf weiten Landstrecken. Er sieht den Kranken meist erst dann, wenn geraume Zeit seit Beginn des Anfalls verstrichen ist. Oft wird indessen der erfahrene Tropenarzt imstande sein, aus dem Verlauf der Affektion den Charakter des vorliegenden Falles richtig beurteilen zu können.

Külz glaubt als wirksamste Medikation aller einigermaßen frisch zur Behandlung kommenden Schwarzwasserfieberfälle die Kochsalzinfusion empfehlen zu müssen. Dagegen scheinen ihm die unter 3 angeführten schweren Erkrankungen, bei welchen es bereits zu einem oder mehreren Nachschüben kam, wohl geeignet, die Wirksamkeit des Cholestearins nachzuprüfen. Der Autor hatte Gelegenheit, am 6. Juni 1910 einen derartigen Patienten zu behandeln. Ein Pflanzer war auf einer 5 Reitstunden von Viktoria (Kamerun) entfernt gelegenen Plantage seit einigen Stunden unter Schüttelfrost und Erbrechen an Schwarz-

[6]) J. P. Cardamatis: Die Sanierung von Neu-Anchialos. Menses Archiv für Schiff- und Tropenhygiene, Jahrg. 1911, Bd. 15, S. 451/52.

[7]) Römer: Ein Fall von Schwarzwasserfieber bei Febris intermittens. Genesk. Tijd. Nderl.-Indie, 1911, deel 51, afleverig 4.

[8]) Grimm: Theoretische Betrachtungen über Cholestearin als Heilmittel bei Schwarzwasserfieber mit praktischem Versuch. Deutsche med. Wochenschr., 1910, No. 4.

[9]) Külz (Kamerun): Beitrag zu einer Cholestearintherapie des Schwarzwasserfiebers Menses Archiv für Schiff- und Tropenhygiene, Bd. 14, S. 739 u. ff.

wasserfieber erkrankt, nachdem er abends vorher 0,5 g Chinin genommen hatte. Am 6. Juni traten noch, bevor Külz den Patienten besuchen konnte, kurz hintereinander zwei neue Schüttelfröste mit Hämoglobinurie auf. Als K. jetzt den Kranken sah, fand er alle Symptome eines schweren Paroxysmus. Die Urinentleerungen der letzten Stunden hatte man gesondert aufbewahrt. Sie waren reichlich und zeigten in dünner Schicht deutliche Neigung zur Aufhellung. In den Präparaten aus dem peripheren Blut fanden sich beinahe in jedem Gesichtsfelde ein oder mehrere Malariaparasiten. Die drei Schüttelfröste waren alle von ungefähr gleicher Stärke und Dauer gewesen, begleitet von Erbrechen, hohem Fieber und nachfolgendem Schweißausbruch. Sie lagen ziemlich genau 12 Stunden auseinander. Der Kräfteverfall hatte bereits einen bedrohlichen Grad erreicht; Patient konnte kaum mehr die Hand heben. Am 11. Juni 1910, 2 Uhr nachm., erhielt der Kranke uerst 20 Tropfen Digalen, wei Stunden später einen knappen Kaffeelöffel voll Cholestearin in 30 g warmem Olivenöl gelöst, gemischt mit Milch. Diese Gabe wiederholte Külz noch 3 mal. Da vorerst eine Wage nicht zur Verfügung stand, konnte K. erst später feststellen, daß er im ganzen 12 g Cholestearin, verteilt auf 6 Dosen, in Olivenöl und Milch gereicht habe.

Am 11. Juni, 6 Uhr abends, setzte, zwei Stunden nach der ersten Gabe von 2 g Cholestearin, der vierte Schüttelfrost ein, welcher indessen erheblich schwächer war als die drei vorhergehenden. Er dauerte knapp 5 Minuten; Erbrechen blieb diesmal aus. Die Temperatur stieg von 38,9° kurz vor Beginn des Frostes auf 39,5° nach Schluß desselben. Der Urin wurde zwar wieder dunkler als zuvor, blieb aber reichlich und begann schon bei der zweiten auf den Frost folgenden Harnentleerung sich merklich aufzuhellen. Zwei Stunden später empfing Patient die zweite, und nach abermals zwei Stunden, also um 10 Uhr abends, die dritte Gabe Cholestearin.

Am 12. Juni, um 8 Uhr früh, blieb der nach wiederum 12 Stunden erwartete Schüttelfrost zum ersten Male ganz aus. Um 6 Uhr abends erhielt Patient zum vierten Male 2 g Cholestearin, zwei Stunden später die fünfte und abermals nach zwei Stunden, also um 10 Uhr abends des 12. Juni, die sechste und letzte Dose von 2 g Cholestearin. Unter dieser Therapie machte die Aufhellung des Urins weitere Fortschritte, das Allgemeinbefinden besserte sich, und schon am folgenden Tage, 13. Juni, glaubte Külz dem Kranken den Transport in das Krankenhaus von Viktoria zumuten zu können. Patient hielt ihn gut aus. Bei seiner Ankunft bestand immer noch Temperaturerhöhung und Parasitengehalt im peripheren Blut. Der Hämoglobingehalt stellte sich auf nur 25 pCt. Külz begann nun sogleich eine vorsichtige Chiningewöhnungskur, welche ohne Störung verlief. Am 16. Juni hatte er schon eine Toleranz für 0,6 g Chinin erreicht. Am 18. Juni war der Kranke zum ersten Male fieber- und parasitenfrei. An diesem Tage vermochte er 1 g Chinin ohne Schaden zu nehmen.

Es handelte sich hier ohne Zweifel um eine sehr schwere Erkrankung an Schwarzwasserfieber. Als Verf. ihn zum ersten Male sah, hielt er ihn nach den traurigen Erfahrungen mit früheren analogen Fällen für hoffnungslos, so daß der prompte Umschwung, welcher nach der ersten Cholestearingabe eintrat, höchst angenehm überraschte. Natürlich kann eine solche vereinzelte Erfahrung noch keine Beweiskraft für die spezifische Wirkung des Cholestearins auf das Schwarzwasserfieber beanspruchen. Ohne Zweifel erscheint sie aber geeignet, zu weiteren Versuchen auf diesem Gebiete anzuspornen.

(Schluß folgt.)

Dr. E. Schumacher (Trier): **Wie lange steckt der Typhuskranke an?** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Bisher wurde angenommen, daß bei Typhuskranken, die keine Dauer-Bacillenausscheider werden, nach eingetretener Entfieberung die Bacillen aus dem Körper nach kurzer Zeit eliminiert werden. Um den Zeitpunkt zu bestimmen, wenn keine Bacillen mehr ausgeschieden werden, verlangt § 18 der Ausführungsbestimmungen zum Gesetz betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei Typhuskranken 2 Untersuchungen, die nach der Entfieberung im Abstand von 1 Woche vorgenommen werden. Erst wenn diese ein negatives Resultat ergeben haben, kann die Isolierung aufgehoben, die Schlußdesinfektion vorgenommen werden, und der Typhuskranke gilt als nicht mehr ansteckungsfähig. Jedoch haben Beobachtungen in der Praxis ergeben, daß diese Maßnahmen nicht genügen, daß manche Typhuskranke doch noch später Bacillen ausscheiden und neue Erkrankungsfälle hervorrufen können. Gelegentlich einer kürzlich aufgetretenen Epidemie wurden deshalb von der kgl. bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Trier in den meisten Fällen 6—7 negative Befunde abgewartet, ehe die Patienten aus der Beobachtung und Isolierung entlassen wurden. Bei einzelnen Kranken wurden sogar 20 bis 30 Untersuchungen vorgenommen. Es konnte auf diese Weise der Nachweis erbracht werden, daß bei manchen Personen die Ausscheidung von Typhusbacillen in Wirklichkkeit doch nicht aufgehört hatte, ja zum Teil nach Beendigung der offiziellen Schlußuntersuchung erst einsetzte. Solche „Spätausscheider" können sich entweder zu Dauerausscheidern entwickeln, oder es pflegt die Ausscheidung der Typhusbacillen nach verschieden langer Zeit doch noch vor Ablauf der zehnten Krankheitswoche spontan zu sistieren. Selbst bei sehr leichten Fällen kann solche Spätausscheidung stattfinden. Unter 30 bis 40 Fällen der Epidemie fanden sich 10 Fälle von Spätausscheidung von Typhusbacillen. In einem Falle, wo ein leichtes Typhusrezidiv eintrat, begann nachweisbare Ausscheidung von Typhusbacillen erst nach der ersten Entlassung und konnte noch bis in die 7. Woche nach der ersten Entfieberung und bis in die 5. Woche nach der Entlassung festgestellt werden, um dann endgültig zu sistieren.

Dr. B. Zabel (Jena): **Bronchialdrüsendiagnostik.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. gibt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Symptome, welche eine Schwellung der Bronchialdrüsen mit größerer oder geringerer Sicherheit annehmen lassen. Es handelt sich entweder um indirekte Symptome, oder durch direkte, durch physikalische Untersuchungsmethoden (Auskultation, Perkussion, Röntgenuntersuchung) erhobene Befunde. Von den physikalischen Methoden ist die von Koranyi in die Praxis eingeführte Perkussion der Wirbelsäule zu nennen. Beim Beklopfen der Dornfortsätze wirken die einzelnen Wirbel als Plessimeter, die dem 5. und 6. Brustwirbel unmittelbar vorgelagerten Drüsenpakete verursachen Schallverkürzung und vermehrtes Resistenzgefühl. Verf. hat an seinem Material mit dieser Methode in etwa 40 pCt. der Fälle ein positives Resultat gehabt; die Untersuchung ist allerdings bei Kindern viel leichter und sicherer als bei Erwachsenen. Auch die Auskultation der Wirbelsäule kann herangezogen werden. In Fällen von anderweitig festgestellter Bronchialdrüsenschwellung findet sich bei der Spinalauskultation oft ein, wenn auch fernher klingendes Trachealatmen über dem 5. und 6. Brustwirbeldorn, über welchem sonst in der Regel bronchovesikuläres Atmen zu hören ist. Indes ist die Auskultation im allgemeinen ein ziemlich unsicheres Hilfsmittel. Viel konstanter und einfacher nachzuweisen ist ein von dem Genfer Pädiater d'Espine schon vor über 20 Jahren angegebenes Phänomen, welches sich auf die Auskultation der Stimme bezieht. Man läßt den Kranken so deutlich wie möglich die Zahl 33 aussprechen, währenddessen auskultiert man mit bloßem Ohr oder einem Stethoskop mit kleinem Trichter die Wirbelfortsätze des Halses nacheinander. Man vernimmt ganz deutlich die gesprochene Zahl; die Stimme beim Kinde zeigt den charakteristischen trachealen Beiklang bis zur Höhe des 7. Halswirbels, wo die Lunge anfängt. Bestehen aber Bronchialdrüsenschwellungen, so vernimmt man den trachealen Beiklang noch weiter unten, unter Umständen bis zum 5. Brustwirbel, in welcher Höhe die Hauptlokalisation der Bronchialdrüsenschwellung ist. Bisweilen findet man auch gleichzeitig die Verstärkung des Stimmfremitus. Wenn die Auskultation der lauten Stimme ein unsicheres Resultat ergibt, läßt man das Kind die Zahl 33 flüstern; man vernimmt dann ein Flüsterphänomen an den betreffenden Stellen. Dieses Zeichen hat denselben Wert wie die Bronchophonie. Beim Erwachsenen reicht normalerweise die Region der Bronchophonie bis zum 3. oder 4. Brustwirbel. Hört man die Stimme noch tiefer, über dem 5. und 6. Brustwirbel, so ist Bronchialdrüsenschwellung anzunehmen. Auf Grund eigener Nachprüfung an einer größeren Anzahl von Patienten, deren Allgemeinhabitus und Symptomenkomplex auf Bronchialdrüsentuberkulose hinwiesen, bestätigt Verf. den Wert des d'Espineschen Zeichens. Man darf also eine Tuberkulose resp. Schwellung der Bronchialdrüse diagnostizieren, wenn sich bei der Spinalauskultation der geflüsterten Stimme Bronchophonie unterhalb eines bestimmten Wirbels findet. Bei jungen Kindern liegt diese Grenze über dem 7. Halswirbel, im Alter von etwa 8 Jahren über dem 1. Brustwirbel, bei 12 jährigen Kindern über dem 2., bei 15 jährigen über dem 3. Brustwirbel.

Prof. H. E. Hering (Prag): **Zur Erklärung des Elektrokardiogramms und seiner klinischen Verwertung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Bei der beim Menschen nur möglichen indirekten Ableitung ist die Form des Elektrokardiogramms u. a. eine Funktion der indirekten Ableitung, der Lage und des Erregungsortes des Herzens. Da beim Menschen von diesen drei Variabeln gewöhnlich nur eine, die indirekte Ableitung, sicher bekannt ist, ergibt sich daraus die große Unsicherheit in der Beurteilung der Form des indirekt aufgenommenen Elektrokardiogramms beim Menschen und hiermit seine eingeschränkte klinische Verwendungsmöglichkeit. Das Elektrokardiogramm eines jeden Menschen unter der Voraussetzung gleicher Aufnahmebedingungen ist etwas anderes; es gibt kein Normalelektrokardiogramm des Menschen, sondern nur ein Individualelektrokardiogramm. Das Elektrokardiogramm des Menschen ist ein sehr empfindlicher Differentialindikator; es zeigt Verschiedenheiten an, die wir einerseits mittels anderer Methoden nicht bemerken, die

andererseits vielfach noch in das Bereich des Physiologischen fallen. Durch die große Empfindlichkeit des Elektrokardiogramms wird ebenfalls seine klinische Verwendungsmöglichkeit eingeschränkt, weil hierdurch die Beurteilung, ob man es noch mit physiologischen oder schon pathologischen Zuständen zu tun hat, sehr erschwert ist. Die großen Hoffnungen, die man an die klinische Verwertung der Elektrokardiographie geknüpft hat, haben sich bis jetzt nur zum kleinen Teil erfüllt, und zwar für die Arrhythmie. Ein weiterer Fortschritt auf klinischem Gebiete erscheint nur möglich, wenn man bei jeder Aufnahme die Ableitung und die Lage des Herzens berücksichtigt. Es sollen immer Ableitungsart, Körperlage und Atmungsphase bei jeder Aufnahme angegeben werden. Von der Lage ist die Rückenlage, hinsichtlich der Atmung der ruhige, ungezwungene Atemstillstand in Expirationsstellung zu empfehlen, soweit beides nicht durch die Art der Erkrankung des Patienten unmöglich gemacht wird.

Dr. **J. Ch. Huber** (Memmingen): **Reizwirkung von Askaris am Darme des lebenden Menschen beobachtet.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. berichtet über einen von Dr. Madlener (Kempten) operierten Fall. Ein 13 jähriger Knabe erkrankte unter den Symptomen einer Appendicitis. Bei der noch vor Ablauf von 24 Stunden vorgenommenen Operation fand sich in der Bauchhöhle eine mäßige Menge freien, serösen Exsudats. Der Wurmfortsatz war makroskopisch in keiner Weise verändert. Dagegen war am Ileum in einer Länge von ungefähr 20 cm die Serosa gerötet; subserös waren deutlich erweiterte Lymphgänge zu sehen. Der Uebergang zwischen gerötetem und freiem Ileum war allmählich, nicht scharf abgegrenzt. In dem zugehörigen Mesenterium waren eine Anzahl Drüsen geschwollen. Sowohl in dem geröteten Ileumstück, wie oberhalb desselben fühlte man durch die Darmwand hindurch eine Anzahl länglicher Gebilde, offenbar Askariden. 4 Tage nach der Operation gingen spontan 17 Askariden ab, vom 8.—11. Tage auf Darreichung von Santonin und Kalomel noch weitere 49. — Vor der Operation war dem operierenden Arzt nicht gesagt worden, daß der Knabe schon früher Spulwürmer verloren hatte.

Dr. **Schaal** (Cöln): **Enterospasmus verminosus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Die tierischen Parasiten des menschlichen Darmtraktus geben häufiger Anlaß zu schweren Störungen, als man im allgemeinen annimmt. Im Kindesalter spielen die Darmwürmer, insbesondere die Askariden, eine größere Rolle, und können wegen der Enge des kindlichen Darms eher zu Verlegungen führen. Es können so ileusartige Zustände oder Darmkoliken hervorgerufen werden, die zu operativen Eingriffen Veranlassung geben. In einem Falle wurden einmal 62 Askariden nach Eröffnung einer Dünndarmschlinge aus dem Darm extrahiert. Verf. hatte nun Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, in welchem ein einziger Askaris durch seine Anwesenheit im Darm Spasmus und dadurch schwere Erscheinungen hervorgerufen hatte. Es handelte sich um eine 36 jährige Frau, bei der wegen leicht blutigen Erbrechens und Schmerzen in der Oberbauchgegend die Diagnose Ulcus ventriculi pepticum gestellt worden war. Nach 14 tägiger Behandlung trat unter Erbrechen, Singultus und ausgesprochenen peritonitischen Erscheinungen schwerer Kollaps ein. Pantopon subkutan besserte die Schmerzen und das Allgemeinbefinden etwas. Abends wurde im Krankenhause wegen Verdachts auf Magenperforation die Probelaparotomie gemacht. Es fand sich die Bauchhöhle frei von Blut, Mageninhalt oder anderen Flüssigkeiten. Am Magen und Darm zunächst keine Veränderungen. Bei der Durchsuchung der Darmschlingen fiel am Jejunum eine ca. 25 cm lange Striktur auf, die sich hart und dick, wie ein Bleistift, anfühlte. Bei leichtem Reiben erweiterte sich der Darm und man fühlte einen Ascaris lumbricoides durch. Der zuführende Darmabschnitt war erweitert; hinter der Strikturstelle war der Darm eng. Die Wunde wurde geschlossen. Die Genesung ging langsam vonstatten. Nach 3 Wochen war die Wunde geheilt. Bei einer dann eingeleiteten Wurmkur gingen mehrere Askariden ab. Nach 9 Wochen wurde die Patientin entlassen. — Verfasser berichtet noch über einen anderen Fall, wo bei einem 8 jährigen Knaben nach einer Laparotomie wegen tuberkulöser Peritonitis 2 Fisteln in der Wunde zurückgeblieben waren und aus einer derselben bei verschiedenen Verbandswechseln eine Zeitlang 2—3 Askariden hervorkamen. Eine Wurmkur förderte dann per anum noch etwa 15 große Exemplare zutage. R. L.

Dr. **A. Gasbarrini**, Assistent d. med. Universitätsklinik zu Turin: **Untersuchungen über lordotische Albuminurie.** (Wiener klin. Rundschau, 1912, No. 46.)

Verf. hat experimentelle Untersuchungen über die lordotische Albuminurie angestellt, um die noch immer bestehenden Meinungsverschiedenheiten bezüglich ihres Zustandekommens zu beseitigen. Zu den Versuchen hat er sowohl Kinder und Erwachsene, die während ihres Aufenthaltes in der Klinik niemals irgendwelches Anzeichen von einem Ergriffensein der Niere dargeboten hatten, als auch Nephritiker herangezogen. Die Versuche wurden weiterhin auch an Tieren (Kaninchen, Hunden) wiederholt.

Von Jehles Ansicht ausgehend, es sei die Albuminurie bei Aufrechtstehenden auf die durch Lordose der lumbalen Wirbelsäule bedingten Veränderungen des renalen Kreislaufes zurückzuführen, hat Verf. zu ermitteln gesucht, ob es möglich wäre, durch Anwendung der zur Modifizierung des renalen Kreislaufes unzweifelhaft geeigneten Mittel (forcierte Lordose, Anlegung von Expulsivbandagen bezw. metallenen Stiefelschäften, wo Luft zusammengedrückt oder das Vakuum erzeugt wurde) die Erscheinung des Orthotonismus hervorzurufen. Nachstehend sind die von G. erzielten Resultate angeführt: 1. Bei gesunden Kindern hat forcierte aufrechte Lordose stets Albuminurie zur Folge gehabt, bei horizontaler Lage aber nicht. Bei Erwachsenen wurde hingegen durch Lordose keine Albuminurie herbeigeführt. Bei in aufrechte Lordose gebrachten Nephritikern wurde die Albuminurie eine immer stärkere. 3. Die Anlegung von Expulsivbandagen an die unteren Extremitäten bezw. von metallenen Stiefelschäften, in denen Luft komprimiert wurde, hat keine Albuminurie veranlaßt; bei Nephritikern zeigte diese letztere sogar eine gewisse Neigung zur Abnahme. Dagegen ergab die vermittelst der gleichen Stiefelschäfte erzeugte Dekompression bei Gesunden mehr oder weniger bedeutende Albuminurie, je nach dem Grade der hervorgerufenen renalen Ischämie, sowie Steigerung der Albuminausscheidung bei Nephritikern. 4. Durch aufrechte Lumbarlordose bei gleichzeitiger Bandagierung der unteren Extremitäten wurde bei gesunden Kindern eine stärkere Albuminausscheidung veranlaßt, als bei forcierter Lordose. Was die Untersuchungen an Kaninchen und Hunden anbetrifft, so hat die forcierte Lordose stets Albuminurie zur Folge gehabt. Sie war eine nur schwache, wenn die Tiere in der gewöhnlichen Körperstellung gehalten wurden; ausgesprochener zeigte sie sich hingegen, wenn man erstere in liegende Lordose brachte (jedoch mit dem Bauche nach oben); zu einer bedeutenden wurde sie schließlich bei aufrechter Lordose im Vereine mit Bandagierung der unteren Extremitäten.

Es fragt sich nun, ob die hervorgerufene Lordose als die ausschließliche Veranlassung der Erscheinung anzusprechen ist. Verfassers Untersuchungen haben ergeben, daß die Lordose — sei es in der aufrechten Stellung, sei es in der Rückenlage — bei Erwachsenen keine Albuminurie herbeiführt, und daß diese letztere bei Kindern nur unter einer bestimmten Bedingung sich einstellt, d. i. nur dann, wenn die Lordose mit der aufrechten Stellung vereint ist. Es hängen nun bei Kindern die beiden Faktoren — Albuminurie und aufrechte Lordose — so innig miteinander zusammen, daß wir zur vollständigen Deutung der Erscheinung nicht umhin können, die Veränderungen des renalen Kreislaufes als einerseits durch den mechanischen Faktor (Lordose), andererseits durch den zweiten (Orthostatismus) bedingt zu betrachten.

Muß nun zugegeben werden, daß eine künstlich geschaffene, übermäßig starke lordotische Krümmung der Wirbelsäule im kindlichen Alter mehr oder weniger zu Albuminurie führen kann, so wird auch ohne weiteres einleuchten, welchen Schaden Kinder erleiden müssen, namentlich schmächtige, infolge unpassender Sitzweise auf schlecht gemachten Schulbänken oder durch stundenlanges Knien, sei es, wie es leider noch heute in nicht wenigen Dorfschulen der Fall ist, zur Strafe, sei es zu religiösen Zwecken. Kr.

Psychiatrie.

Wilh. Osterland: Die Differentialdiagnose zwischen alkoholistischer Pseudoparalyse und der Dementia paralytica. Aus der Berliner psychiatrischen Universitätsklinik. (Dissertation, Berlin 1912.)

Die Differentialdiagnose zwischen alkoholistischer Pseudoparalyse und Dementia paralytica stützt sich auf zwei Hauptpunkte: erstens auf den stationären, zur Ausheilung tendierenden Verlauf bei Alkoholabstinenz, dem eine entsprechende Zunahme der Krankheitssymptome bei Wiederaufnahme des Alkoholmißbrauchs entspricht, zweitens auf den negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion in nicht spezifisch behandelten Fällen, sowie darauf, daß Untersuchung des Liquor cerebrospinalis keine ausgeprägte Lymphocytose, Eiweiß- und Globulinreaktion ergibt. Während der erste Punkt die Diagnose erst nach verschieden langer Zeit ermöglicht, kann Punkt 2 eine sofortige Differentialdiagnose ermöglichen. F.

Chirurgie (einschließlich Unfallkunde).

Erwin von Graff: Experimentelle Beiträge zur Serumtherapie des Tetanus. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, Bd. 25, H. 1; vgl. „Allg. Med. Central-Ztg.“, 1912, S. 247.)

Verf. berichtet ausführlich über zahlreiche von ihm an Kaninchen angestellte Versuche über den Einfluß der intra-

venösen Tetanusantitoxininjektion, und zwar 1. bei intramuskulärer Toxininjektion. Gegeben wurde das Serum teils prophylaktisch, teils unmittelbar vor der Toxininjektion, teils 15 bis 18 Stunden nach derselben, und 2. bei Injektion des Toxins in die Nervenbahn: N. ischiadicus, wobei das Serum ebenfalls prophylaktisch: 5—10—24 Stunden vor der Toxininjektion, sofort nach der Toxininjektion und kurativ injiziert wurde, und kommt auf Grund dieser Versuche zu dem Ergebnis, daß die intravenöse Seruminjektion durchweg weit wirksamer ist, als dies bisher angenommen wurde. Bei intramuskulärer Toxininjektion wurde durch prophylaktische und gleichzeitige intravenöse Serumapplikation regelmäßig der Ausbruch des Tetanus verhindert; bei kurativer Anwendung konnte Lebensverlängerung, in einzelnen Fällen sogar Heilung erzielt werden, nachdem es zu lokalem Tetanus gekommen war. Ebenso wurde bei Toxininjektion in den Nerven das Auftreten von Tetanussymptomen in allen Fällen verhindert, wo das Serum prophylaktisch oder gleichzeitig intravenös gegeben worden war. Bis zu 16 Stunden nach der intraneuralen Toxininjektion gegeben, wurde der Ausbruch des allgemeinen Tetanus hinausgeschoben und in 2 Fällen durch weitere intravenöse Seruminjektion zur Heilung gebracht.

H. Lindenberg: Zur operativen Behandlung der Colitis ulcerosa. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 2.)

L. berichtet über zwei Fälle von Colitis ulcerosa. In beiden Fällen war luetische Aetiologie unwahrscheinlich, Tuberkulose und Dysenterie waren gleichfalls auszuschließen. Der erste Fall ist durch temporäre Anlegung eines Anus arteficialis im Colon descendens, welcher nach drei Monaten wieder geschlossen wurde, dauernd geheilt worden. Im zweiten Falle war der ganze Dickdarm mit Geschwüren übersät und der Kranke durch den protrahierten Blut- und Eiterverlust dermaßen herabgekommen, daß er dem Eingriff (Anus artificialis im Colon transversum) erlag.

Axel Blad: Das chronische Duodenalgeschwür und seine chirurgische Behandlung. (Archiv f. klin. Chir., Bd. 99, H. 2.)

B. glaubt, daß das Duodenalgeschwür viel häufiger diagnostiziert werden würde, wenn seine z. T. recht charakteristischen Symptome unter den Aerzten allgemein bekannt und gewürdigt würden. Er berichtet über nicht weniger als 32 Fälle aus der chirurgischen Abteilung von R o v s i n g (Kopenhagen); 11 davon stammen aus den letzten ¾ Jahren! Blutung ist ein wichtiges und nicht selten auch ein sehr frühes Symptom. Deshalb sollte in allen suspekten Fällen wiederholt nach okkultem Blut geforscht werden. Zwischen den Symptomen Schmerz und Blutung besteht ein Gegensatzverhältnis. Die objektiven Symptome sind rechtsseitige Druckempfindlichkeit, Retention und Hypersekretion; Periodizität und Hungerschmerzen sind sehr wichtige, aber nicht konstante Symptome. Neben einem Duodenalgeschwür kann Cholecystitis, Cholelithiasis und Pankreatitis bestehen (Ikterus, Glykosurie). Auch nach operativer Freilegung des Duodenums kann das Geschwür oft nicht von außen erkannt bezw. palpiert werden, weshalb die probatorische Inzision des Duodenums nötig wird. Als Normalmethode der in der Regel wegen der Blutungs- und Perforationsgefahr nötigen Operation gilt die Gastroenterostomie, welche selbst dann Heilung bringen kann, wenn der Mageninhalt auch weiterhin zum Teil noch durch den Pylorus geht. Von den 32 mitgeteilten Fällen sind 10 nach der Operation, 2 im späteren Verlauf gestorben; 3 sind gebessert, 13 geheilt; von 4 Fällen ist das Endresultat unbekannt. Sämtliche 32 Krankengeschichten sind mitgeteilt. A d l e r (Berlin-Pankow).

Prof. Dr. **O. Zuckerkandl** (Wien): **Vesikale Harnstauung bei zottigen Blasengeschwülsten.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Bei zottigen Blasengeschwülsten besteht gewöhnlich Hämaturie. Es kommt aber vor, daß bei einer Blasengeschwulst Blutungen fehlen. In solchen Fällen kann die Blasengeschwulst unerkannt bleiben, besonders, wenn Symptome sich finden, die für andere Erkrankungen als charakteristisch gelten. So kann durch Zottengeschwülste der Blase die Harnentleerung gestört werden, so daß es zur Harnstauung kommt. Verfasser berichtet über 4 Fälle von zottigen Blasengeschwülsten, welche als Hauptsymptom die chronische Harnretention infolge Erschwerung der Harnentleerung zeigten. Der erste Fall wurde in vita nicht diagnostiziert, weil selbst die Einführung des Katheters in die Blase sich als unmöglich erwies; es wurde Obstruktion durch eine leicht blutende hypertrophische Prostata angenommen. Erst die Sektion ergab, daß der Blasengrund vorwiegend links durch eine zottige, weiche Tumormasse eingenommen war, welche die Blasenmündung überlagernd mit einem bleistiftdicken Stiele nahe der Blasenmündung inserierte. In den drei anderen Fällen wurde die Diagnose rechtzeitig durch das Cystoskop gestellt und nach Exzision der Tumoren mittels Sectio alta die normale Blasenfunktion wiederhergestellt. Gemeinsam war diesen Fällen die Implantation der Geschwulst ganz nahe oder in der Blasenmündung. Nur unter diesen Umständen kommt wohl der ventilartige Verschluß der Mündung, der die Harnstauung bedingt, zustande. In zahlreichen Fällen auch größerer Tumoren der trigonalen Anteile war das Symptom der Harnstauung nicht vorhanden. — Beim Sitz des Tumors an oder in der Blasenmündung sinkt er, wenn der Sphinkter erschlafft, in die Harnröhre und wird durch die nun folgende Detrusorwirkung tiefer in die Oeffnung gepreßt; dadurch wird die Miktion erschwert, bis endlich die Funktion der Blase teilweise oder gänzlich sistiert. Allerdings erzeugt nicht jeder Tumor der Blasenmündung Harnretention; es kommt dabei auf die Größe, die Konsistenz und die Lage der Geschwulst an.

Dr. **Wilhelm Sandrock** (Leipzig): **Ein Fall von elektrischer Starkstromverletzung mit tödlichem Ausgang.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Verf. berichtet aus der Leipziger chirurgischen Universitätsklinik über einen Fall von elektrischer Starkstromverletzung. Ein Monteur stieß, während er mit den Händen einen auf der Erde liegenden Draht erfaßte, mit dem Kopf gegen einen Draht, der über 10 000 Volt Spannung führte, und wurde sofort in bewußtlosem Zustande in die Klinik eingeliefert. In der Mitte des Schädeldaches fand sich ein handtellergroßer Substanzverlust; in fast derselben Ausdehnung lag hier der Knochen frei. In den Weichteilen des Gesichts und übrigen Schädeldaches bestand hochgradiges Oedem. Die Begrenzung des Weichteildefektes am Schädeldach war unregelmäßig, kleinzackig; der Weichteilrand selbst war hart, schwärzlich verfärbt und leicht brüchig. Der freiliegende Knochen war vom Periost entblößt, erschien ausgetrocknet, weiß, in der Mitte in Zweimarkstückgröße bräunlichschwarz. Weitere Verbrennungen fanden sich am linken Handrücken, an denen die Strecksehnen frei zutage lagen, und eine quer durch die ganze rechte Hohlhand verlaufende Brandfurche, mit abgehobener Oberhaut in der Umgebung. Auf dem rechten Oberschenkel zeigte sich eine etwa dreimarkstückgroße, schwarz gefärbte Verbrennung. Die Finger beider Hände standen in Krallenstellung. Auch in den Ellbogengelenken bestanden Kontrakturen, wenn auch weniger ausgesprochen. Die Behandlung bestand lediglich in Versorgung der Wunden mit sterilen Verbänden. Am Abend des Unfalltages starb der Verletzte, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben. Bei der Sektion fand sich das Gehirn im ganzen succulent und hyperämisch. Die Dura war nicht direkt verbrannt, etwas gespannt; ungefähr in der Mitte, etwas mehr nach links, fand sich, etwa in Handtellergröße, eine schmutzig graubräunliche Verfärbung von etwas trockener Beschaffenheit; in den Gefäßen ist hier das Blut geronnen. In den inneren Organen fanden sich nur geringfügige Veränderungen. Der Tod in derartigen Fällen dürfte nach Verf. in erster Linie durch die Zentralatmungslähmung, in zweiter Linie durch Herzlähmung verursacht sein. Therapeutisch käme die Lumbalpunktion oder eine Dekompressivtrepanation in Frage. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Heinrich Offergeld** (Frankfurt a. M.): **Ueber synthetisches Hydrastinin und seine Anwendung.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Die Beurteilung der eingeführten Hydrastispräparate, von denen hauptsächlich das Extr. hydr. fluid. in Frage kommt, ist sehr verschieden. Der Gehalt an wirksamen Stoffen im Extr. hydr. fluid. ist äußerst variabel. Außerdem sind in ihm Substanzen enthalten, welche absolut unwirksam auf den Uterus sind. Erst nachdem es gelungen ist, das Hydrastinin, das weniger toxische Oxydationsprodukt des Hydrastins, des wirksamen Bestandteiles des Fluidextraktes, zu einem erschwinglichen Preise herzustellen, erscheint es zweckmäßig, auf die bedeutende Ueberlegenheit dieses Präparates gegenüber dem unangenehm schmeckenden und unzuverlässig wirkenden Extr. hydr.-Präparat hinzuweisen. Das synthetische Hydrastinin stimmt in jeder Hinsicht in der hämostatischen Wirkung mit dem natürlichen Hydrastinin überein. Die Giftigkeit des synthetischen Präparates ist aber geringer. Es wurden 0,1 subkutan von mittelgroßen Katzen sehr gut vertragen. Auch wurde eine bedeutende Blutdruckerhöhung bei intravenöser Verabreichung von 0,003—0,005 bei dem Versuchstier beobachtet.

Das B a y e r sche Präparat, dessen Gehalt an wirksamer Substanz dem Alkaloidgehalt des galenischen Fluidextraktes entspricht, stellt eine leicht opaleszierende Flüssigkeit dar, welche als Geschmackskorrigens Pfefferminz enthält.

Verfasser hat in einer großen Anzahl Fälle von reiner Dysmenorrhoe den Liqu. Hydrastinini „Bayer“ verwendet und beobachtet, daß schon bei der ersten Periode erheblich weniger Schmerzen auftraten und nach fortgesetzter Darreichung dieselbe in einigen Monaten ohne Schmerzen verlief. Es war alsdann die Sondierung der Schleimhaut schmerzlos und nur das Eindringen über den oberen Muttermund löste wieder

Krämpfe aus. Sodann berichtet Verf. über eine Anzahl Fälle von Dysmenorrhoe nichtgeschlechtskranker Frauen, in welchen bereits mehrfach Kohabitationen vorgenommen waren. Auch hier war schon insofern ein Erfolg zu verzeichnen, als bereits bei der ersten Menstruation die heftigen Koliken aufhörten und sich nur noch ganz unbedeutende, leichte Schmerzen im Abdomen einstellten. Besonders wird betont, daß die Anwendung eines Narkoticums nicht notwendig war. Bei Patientinnen, bei denen die Dysmenorrhoe mit Menorrhagien kombiniert war, gelang es, durch die Medikation die intermenstruelle Zeit zu vergrößern, die Dauer der Blutung abzukürzen und den Gesamtblutverlust zu reduzieren. Auch bei der fungösen, hyperplastisch-glandulären Endometritis wurden Erfolge verzeichnet, wenn man das Präparat mit Secale kombinierte.

Weitere Versuche des Verfassers erstreckten sich auf die Hydrastininwirkung bei Myomen. Es gelang, bei den interstitiellen Myomen die Blutung hinsichtlich der Dauer und der Menge zu verringern, so daß speziell bei diesen Formen von Myom das Präparat als ein brauchbares, symptomatisches Mittel angesprochen werden kann. Weiterhin wurde das Hydrastinin zur Bekämpfung der Stauungsblutung bei retroflektiertem Uterus und einer großen Reihe von Fällen von anämischen Blutungen mit Erfolg verwandt.

Verfasser bezeichnet das Hydrastinin als ein gutes Mittel für unkomplizierte, primäre und sekundäre uterine Blutungen, eventuell in Kombination mit Secale. Die Wirkung ist besonders hervorragend bei längerem Gebrauch, schon prophylaktisch bei Beginn der Blutung und beim virginellen Uterus. In seiner Schlußbetrachtung stellt O. den Liqu. Hydrastinini Bayer in seinen therapeutischen Eigenschaften zum mindesten den besten amerikanischen Fluidextrakten zur Seite und weist darüber hinaus auf eine Anzahl Vorzüge gegenüber dem letzteren hin. G.

Prof. **Dührssen** (Berlin): **Ueber synthetisches Hydrastinin hydrochloricum.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Das synthetisch hergestellte Hydrastinin hydrochl. „Bayer" hat dem Verf. bei Uterusblutungen, speziell bei den durch Adnexerkrankungen bedingten Blutungen, gute Dienste geleistet. Die klinischen Versuche des Verfassers haben ergeben, daß das synthetische Hydrastinin die gleichen therapeutischen Eigenschaften besitzt wie das Extract. hydr. canad. fluid., nur daß sie wesentlich prompter und intensiver auftreten. Herzstörungen hat es nicht hervorgerufen. Das Mittel erzielte in einigen Fällen Erfolge, wo Stypticin hydrochloric. versagte. Verf. verordnet es regelmäßig bei der starken Menstruation, welche konservativen gynäkologischen Operationen zu folgen pflegt — und zwar in der Form der Tablettae Hydrastinini hydrochl. „Bayer" à 0,025, No. 15 (4 mal tägl. 1 Tablette). Auch als Liquor Hydrastinini „Bayer" 25,0, 3 mal täglich 20 Tropfen in einem Eßlöffel voll Zuckerwasser kann das Präparat verordnet werden und kostet in dieser Form nur etwa die Hälfte des Fluidextraktes. G.

Dr. **Joseph Hirsch**, Assistent der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Israelitischen Krankenhauses zu Berlin: **Ueber die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und Gynäkologie.** (Therap. Monatshefte, November 1912.)

Verfasser hat im ganzen in 70 Fällen der geburtshilflichen und 18 der gynäkologischen Praxis von den Hypophysenextrakten Gebrauch gemacht. Zur Anwendung kamen Pituitrin (Parke, Davis & Co. — 1,0 = 0,1 und 0,2 Hypophysensubstanz), ferner Extractum Hypophysis Vaporole (Borrough & Wellcome — 1,0 = 0,2 Substanz), Pituglandol (Hoffmann, La Roche & Co. — 1,0 = 0,1 Substanz) und Glanduitrin (Dr. Haase & Co. — 1,0 = 0,1 und 0,2 Substanz). Sämtliche Extrakte sind aus dem Infundibularteil der Hypophyse hergestellt. In letzter Zeit hat Verf. fast ausschließlich das Glanduitrin angewandt, das sich ihm besonders bewährte, einmal dadurch, daß er nie ein Versagen der Wirkung zu beobachten Gelegenheit hatte, andererseits dadurch, daß fast nie ein Tetanus uteri eintrat, sondern stets gute rhythmische Kontraktion der Uterusmuskulatur in Form von Wehe und Wehenpause. Als Dosis wurde meist 0,2 g Substanz einmalig intramuskulär oder subkutan injiziert. In seltenen Fällen kam 0,1 g zur Anwendung. Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Resultate:

1. Hypophysenextrakte bewirken in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode in der Dosis von 0,2 g als intramuskuläre oder subkutane Injektion, evtl. in wiederholten Gaben, eine wesentliche Abkürzung der Geburtsdauer.
2. Direkt nach der Entbindung ist vor Abgang der Placenta die Injektion von Hypophysenextrakt zu widerraten, da leicht Placenta retenta entsteht.
3. Nach Ausstoßung der Placenta ist die Injektion von 0,3—0,4 g Hypophysenextrakt empfehlenswert zur Bekämpfung der atonischen Blutung, evtl. in Kombination mit Sekalepräparaten.
4. Zur Einleitung der Frühgeburt hat sich die Injektion von Hypophysenextrakt nur in Kombination mit Blasensprengung bewährt.
5. Die Einleitung der Entbindung am normalen Schwangerschaftsende gelingt nur unmittelbar vor dem natürlichen Beginn der Wehen.
6. Zur Abortbehandlung ist die Injektion von Hypophysenextrakt nicht empfehlenswert.
7. Bei pathologischen Entbindungen (drohender Schieflage, fehlerhafter Stellung, Placenta praevia, Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken) ist die Anwendung von Hypophysenextrakt indiziert, um operative Eingriffe zu verhüten.
8. Bei Entbindungen durch Sectio caesarea ist prophylaktische Injektion von Hypophysenextrakt angezeigt.
9. In der gynäkologischen Praxis ist der Erfolg der Hypophysisinjektion wechselnd.
10. Zur Bekämpfung von Blutungen infolge Subinvolutio uteri hat sich Injektion von Hypophysisextrakt bewährt.

Kr.

Dr. S. **Weissenberg** (Elisabethgrad): **Atropin bei Ohrensausen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Verf. hat in vielen Fällen von Ohrensausen ohne sichtbare Ursache vom Atropin gute Wirkung gesehen. Er verordnet gewöhnlich:

Sol. Atropin sulfuric. 0,01 : 15.
D. S. 3 mal tägl. 10—15 Tropfen. R. L.

Physikalische Therapie.

Dr. **Ernst Mayrhofer** (Wien): **Ein neues Inhalationssystem.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Kochsalzinhalationen werden seit jeher bei den verschiedenen Erkrankungen der oberen und der tieferen Luftwege angewendet. Bei der Verwendung der üblichen feuchten Inhalationen wird jedoch, wie nachgewiesen, das Kochsalz nur in geringer Menge oder gar nicht in die tieferen Lungenwege eintreten. Ein viel besserer Inhalationseffekt ist zu erwarten, wenn es gelingt, Kochsalz trocken und in feiner Verteilung zur Inhalation zu bringen. Aus geschmolzenem Kochsalz entwickelt sich nun ein reichlicher, außerordentlich feiner, rauchartiger Nebel, der aus einzelnen mikroskopisch kleinsten Kochsalznebeln besteht. Neuerdings haben Reismann und Wenzel in Wien einen Apparat konstruiert, welcher durch Erhitzung derartige Kochsalznebel erzeugt. Mittels dieses Apparates stellte Verf. zunächst an gesunden Personen fest, daß chemisch reiner Kochsalzrauch in größerer Menge und durch längere Zeit ohne Schaden inhaliert werden kann. Ferner wurde in Tierversuchen nachgewiesen, daß bei der Inhalation von Kochsalzrauch eine Kochsalzwirkung bis an die Randpartien des Lungenparenchyms erzeugt werden kann. Wenzel und Reismann haben nun auch handliche Apparate konstruiert, welche, mit Alkohol, mit Gas oder elektrischem Strom geheizt, es ermöglichen, diese neue Methode der Inhalation in größerem Maßstabe therapeutisch anzuwenden. Verf. hat die Methode an einer größeren Zahl von Patienten im Tuberkuloseambulatorium von Dr. Ernst Löwenstein in Wien klinisch geprüft. Fast alle Patienten gaben subjektive Erleichterung ihrer Beschwerden an, aber auch objektiv konnte eine günstige Beeinflussung bei Affektionen der oberen und unteren Luftwege festgestellt werden. Die Patienten litten an einfacher akuter Bronchitis, an chronischer Bronchitis mit und ohne Emphysem, an Bronchiektasien, endlich an Katarrh bei Lungentuberkulose, ein kleiner Teil an Kehlkopftuberkulose. Eine gute Wirkung wurde erzielt: 1. bei allen akuten bronchitischen Prozessen, 2. bei chronischer Bronchitis mit und ohne Emphysem und Asthma, 3. auf die sekundären Begleitkatarrhe bei chronisch tuberkulösen Prozessen ohne Neigung zu Hämoptoe, 4. bei Bronchiektasien, 5. auf die Beschwerden bei Kehlkopftuberkulose. Hier wurde die oft so quälende und die Ernährung gefährdende Dysphagie beseitigt. Kontraindiziert ist die Methode bei rasch progredienten tuberkulösen Prozessen, bei Neigung zu Lungenblutungen und bei akuten pleuritischen Prozessen. R. L.

Dr. **Otto Simmonds** (Frankfurt a. M.): **Thermopenetration bei Prostatitis gonorrhoica chronica.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 45.)

In dem vorliegenden Falle bestand jahrelang eine von mehreren Seiten konstatierte Prostatitis gonorrhoica. Die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen führten nicht zur Heilung. Patient suchte nun Verf. auf mit dem Ersuchen, ihn wegen seiner noch immer bestehenden Beschwerden mit Thermopenetration zu behandeln. In anfangs täglich durchgeführten Sitzungen legte Verf. in mannigfaltiger Weise Elektrodenkissen von der Größe 9×12 cm so an, daß eine Elektrode auf das Perineum, die andere verschieblich bald auf das Os sacrum, bald auf verschiedene Partien der Glutaei lokalisiert wurde. Das Hitzdrahtampèremeter des Apparates zeigte Stromstärken von 1 bis 1,4 Ampère, die im allgemeinen bequem ertragen wurden. Die Dauer der Sitzungen wurde von 5 auf 10 bis 12 Minuten gesteigert. Die hauptsächlichsten Klagen des

Patienten waren ein ständiges Gefühl des Druckes und der Spannung, und damit verknüpfte heftige Unlustempfindungen. Bereits nach kaum 20 Sitzungen erklärte der Patient, daß er nur noch einen kleinen Rest seiner früheren Mißempfindungen verspüre und daß er durch dieses Verfahren eine so wesentliche Besserung erlebt habe, wie er sie nicht für möglich gehalten. Die Zahl der Sitzungen wurde vermindert, erst auf drei wöchentlich und schließlich auf ein bis zwei. Aber ein letzter Rest wollte nicht weichen: es blieb immer noch bei stark gefüllter Blase eine leichte Druckempfindung, die Patient natürlich nicht genau lokalisieren konnte. Verf. nahm nunmehr kleinere Elektroden (6×8 cm) und verlängerte die Sitzungen auf 15 bis 18 Minuten; meistens wurde dabei ein Ampère nicht überschritten. Der Erfolg war überraschend: Nach einer geringen Zahl von Sitzungen (ca. 6 bis 8) trat gelegentlich ein einmaliger gelblichgrüner Ausfluß auf, nach dem Patient den letzten Rest von Unbehagen in der Mastdarmgegend nahezu völlig schwinden fühlte. Und als 8 Tage später sich abermals 1 bis 2 Tropfen entleerten, fühlte er sich beschwerdefrei und ist es seitdem geblieben. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik

a) Externe medikamentöse Therapie.

Dr. **Alberts** (Kiel): **Ueber ein neues Lokalanästheticum — Cycloform — in der Behandlung der Beinleiden.** (Aerztl. Rundschau, 1912, No. 11.)

Das Präparat gehört in die Gruppe der Lokalanästhetica, die äußerst wenig oder fast gar nicht in Wasser löslich sind, sich dagegen in organischen Lösungsmitteln, wie Alkohol, Oel etc., leicht lösen. Diese Präparate kommen im eigentlichen Sinne als Ersatz für das Cocain nicht in Frage, sondern ihr Wirkungsgebiet ist die Hautoberfläche resp. Wundgebilde, bei denen eine Schmerzlinderung oder Schmerzlosigkeit erwünscht ist. Man pflegt in allen solchen Fällen diese Substanz meist in Form von Streupulvern oder in Salben verrieben zu verwenden. Eine Eigenschaft aller dieser Präparate ist ihre relativ große Wasserunlöslichkeit, durch welche eine größere, rein lokale Wirkung bedingt ist und Schädigungen des Gewebes ausgeschlossen werden. Nach den zuerst im Handel erschienenen wurde allerdings Gangrän beobachtet.

Eines der neuesten dieser Produkte, bei welchen ein derartiger Zwischenfall fast ausgeschlossen ist, ist das Cycloform. Die bereits erwähnte große Unlöslichkeit in Wasser, durch die die Unschädlichkeit dieser Mittel bedingt ist, bringt es daher mit sich, daß sie nicht so schnell eine Wirkung ausüben können, als leichter lösliche Substanzen. Diese Schwerlöslichkeit darf sich andererseits auch nicht bis zu einer vollständigen Unlöslichkeit steigern. Die Löslichkeit des Cycloforms liegt innerhalb dieser Grenzen.

Das Cycloform bildet ein weißes, geruchloses und kristallinisches Pulver, das auf der Zunge ein taubes Gefühl mit gleichzeitig verminderter Tast- und Schmerzempfindung der Schleimhaut hervorbringt. Es wurde als Streupulver 3 bis 4 Jahre bei Unterschenkelgeschwüren verordnet, und zwar in der Weise, daß es nach Reinigung des Ekzems mit einem Pinsel aufgepudert wurde. Im Gegensatz zu anderen Mitteln war es hier auffällig, daß die Patienten niemals über Reiz klagten, was sonst bei anderen Präparaten oft der Fall war. Eine Gangränbildung oder eine Benachteiligung der Wundheilung wurde in keinem der zahlreichen Fälle beobachtet. Die anästhesierende Wirkung steht den anderen analogen Präparaten zum allermindesten in jeder Beziehung gleichwertig gegenüber, so daß es in dieser Hinsicht den Spezialisten nur empfohlen werden kann, sich von der Wirkung des Präparates zu überzeugen. Verf. zweifelt nicht daran, daß die Versuche in jeder Hinsicht zufriedenstellend ausfallen werden. G.

b) Operative Therapie und Technik.

Dr. **Adolf Hoffmann** und Prof. Dr. **Martin Kochmann** (Greifswald): **Verminderung der Novocainkonzentration durch Kaliumsulfat bei der Lokalanästhesie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Tierversuche ergeben, daß die Kombination verschiedener Lokalanästhetica mit Kaliumsalzen, die gleichfalls anästhesieren, eine Verstärkung der anästhesierenden Wirkung über das arithmetische Mittel hinaus bewirkt. Besonders bei Kombination des Novocains mit dem Kal. sulfuric. war diese Verstärkung ausgesprochen. Weitere Versuche am Menschen zeigten, daß die ½ proz. Lösung von Novocain mit Suprareninzusatz praktisch als die Grenzlösung für die Lokalanästhesie nach unten zu betrachten ist. Es war nun zu erwarten, daß man bei Zusatz von Kal. sulfuric. mit erheblich geringeren Konzentrationen auskommen würde. Es wurden folgende Lösungen hergestellt und klinisch geprüft:

1. Novocain 0,25
   Sol. Kal. sulfuric. (2 proz.) 20
   Sol. Natr. chlorat. (0,9 proz.) ad . . . 100
   Sol. Suprarenin. hydrochloric. (0,1 proz.) gtt. 12.
   M. D. S. ¼ proz. Novocainkaliumsuprareninlösung.
2. Novocain 0,125
   Sol. Kal. sulfuric. (2 proz.) 20
   Sol. Natr. chlorat. (0,9 proz.) ad . . . 100
   Sol. Suprarenin. hydrochloric. (0,1 proz.) gtt. 12.
   M. D. S. ⅛ proz. Novocainkaliumsuprareninlösung.
3. Novocain 0,1
   Sol. Kal. sulfuric. (2 proz.) 20
   Sol. Natr. chlorat. (0,9 proz.) ad . . . 100
   Sol. Suprarenin. hydrochloric. (0,1 proz.) gtt. 12.
   M. D. S. 1/10 proz. Novocainkaliumsuprareninlösung.
4. Novocain 0,05
   Sol. Kal. sulfuric. (2 proz.) 20
   Sol. Natr. chlorat. (0,9 proz.) ad . . . 100
   Sol. Suprarenin. hydrochloric. (0,1 proz.) gtt. 12.
   M. D. S. 1/20 proz. Novocainkaliumsuprareninlösung.

Es ergab sich, daß die drei ersten Lösungen allen Anforderungen an ein lokales Anästheticum vollständig genügten; es wurde z. B. mit der 1/10 proz. Novocainkaliumlösung (No. 3) gute Anästhesie erzeugt u. a. bei der Exstirpation eines Carcinoms der Unterlippe mit beiderseitiger submaxillärer Drüsenausräumung, bei einer Hämorrhoidenoperation, bei einer Resektion des Halsteils des Oesophagus und Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom des Oesophagus; selbst die 1/20 proz. Lösung (No. 4.) genügte noch für einige größere Operationen, jedoch ist sie in ihrer Wirkung schon unsicher. Die 1/10 proz. Novocainkaliumsuprareninlösung entspricht in ihrer Wirkung der ½ proz. Novocainlösung von Braun. Brechreiz fehlt auch bei Verabreichung größerer Mengen. Der Nachschmerz fällt fort oder ist sehr gering.

Dr. **H. Flörcken** (Paderborn): **Weitere Beiträge zur direkten Bluttransfusion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. berichtet über einige Fälle von schweren sekundären Anämien, in denen Heilung oder Besserung mittels der direkten Bluttransfusion durch Gefäßnaht nach Carrel-Stich erzielt wurde. Es wird dabei die Art. radialis des Blutspenders mit der Vena mediana cubiti, cephalica oder basilica des Blutempfängers verbunden, und zwar für 25—30 Minuten. Als Blutspender wurde gewöhnlich ein gesunder Verwandter des Kranken genommen. Die sekundären Anämien scheinen die eigentliche Domäne für die direkte Bluttransfusion zu sein; wie weit die Methode bei der perniciösen Anämie nützen kann, läßt sich vorläufig noch nicht beurteilen. R. L.

L. Stuckey: Ueber Verwendung der freien Netzverpflanzung als blutstillendes Mittel bei der Gallenblasenexstirpation. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 2.)

Verf. berichtet über 3 Fälle, in welchen behufs Blutstillung im Leberbett nach Cholecystektomie freie Netzlappen implantiert wurden. 2 Fälle genasen, der dritte starb 3 Tage nach der Operation. Bei der Autopsie fand sich kein Blut in der Bauchhöhle und der Netzlappen war schon so fest mit der Leber verwachsen, daß er einem kräftigen Zuge standhielt; auch die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß bereits innige Verklebungen eingetreten waren, jedoch nur innerhalb der am Peritonealüberzug entblößten Zone des Leberbettes. Verf. empfiehlt die Netzplastik als schnell und sicher blutstillendes Mittel. Gleichsam dient das Netz wirksam zur Bedeckung des Cysticusstumpfes. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Josef Zipper: Fett-Transplantation.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1912, Bd. 81. Festschrift für V. v. Hacker.)

Verf. gibt zunächst eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der freien Fett-Transplantation und kommt dann zur Beschreibung zweier Fälle, die Prof. Klapp in der chirurg. Universitätsklinik zu Berlin operierte. Bei beiden mußte die Brustdrüse wegen gutartiger Geschwülste in toto weggenommen werden. Da es sich um jugendliche, im besten Alter stehende Patientinnen mit gut entwickelten Mammae handelte, wo die Wegnahme der geschwulstig veränderten Drüse zweifellos eine häßliche Entstellung bedeutet, war natürlich die Frage sehr naheliegend, ob man nicht durch eine plastische Operation die Patientinnen von der für sie gewiß sehr folgenschweren Verstümmelung bewahren solle. So entschloß man sich denn dazu, aus dem subkutanen Fettgewebe die exstirpierte Mamma zu ersetzen. Diese beiden Operationen sind die ersten, in denen die ganze Brustdrüse autoplastisch aus dem subkutanen Fett ersetzt worden ist. Es wurde in diesen beiden Fällen eine glatte Einheilung mit vorzüglichem kosmetischen Resultate erzielt. Die Methode verdient nach Verfassers Darstellung die weiteste Verbreitung, da sie einerseits technisch leicht ausführbar ist, andererseits bei der nötigen Vorsicht sichere Erfolge gewährleistet. Unter vielen anderen Vorzügen, die diese Methode vor der Paraffininjektion hat, ist schon der eine Umstand ausschlaggebend, daß wir hier lebendes Gewebe überpflanzen, welches in den dauernden Besitz des Patienten übergeht, während dort ein lebloser Fremdkörper eingespritzt wird, der stets als solcher von den umgebenden Geweben, aber auch vom Träger selbst empfunden wird und, als tote Masse den Gesetzen der Schwere folgend, nie so weiche und natürliche Formen annimmt, wie das lebende Fett, sondern im Gegenteil oft zu den häßlichsten Verunstaltungen führt. Kr.

Eisensajodin-Lebertran
Eisensajodin-Emulsion

mit Lizenz d. Farbenfabriken vorm Friedr. Bayer & Co., Leverkusen, und Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Wohlschmeckend, vorzüglich bekömmlich, selbst von kleinen Kindern gern genommen. Führen neben leicht assimilierbarem bestverträglichem Jod und Eisen dem Organismus reichliche Mengen gut resorbierbaren Fettes zu.

Indikationen: Skrofulose, Chlorose, Rachitis kongenitale etc.

Jodgehalt ca. 0,02 g }
Eisengehalt ca. 0,008 g } in 10 ccm

Originalflaschen à 200 ccm — Mk. 2,80.

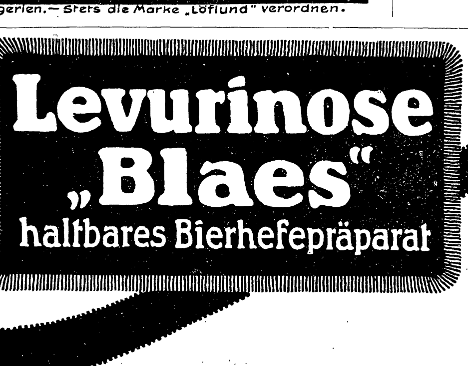
Schweizer-Apotheke Max Riedel
Berlin W. 8.

Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten kostenfrei zur Verfügung.









hat sich in langjähriger Praxis glänzend bewährt **bei Furunkulose, Follikulitis, Akne, Impetigo, Urtikaria, Anthrax, Ekzem.** Levurinose findet mit Erfolg Anwendung bei: **habitueller Obstipation, Diabetes, vaginaler und zervikaler Leukorrhoë, sowie ähnlicher Erscheinungen.** Ausführliche Literatur und Proben den Herren Aerzten gratis und franko durch

Chemische Fabrik J. Blaes & Co.
in Lindau, Bayern.

Diagnostische Technik.

Prof. **E. Moro** (Heidelberg): **Ueber die Neutralrotreaktion der Milch.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Die von Verf. aufgefundene Reaktion besteht in folgendem: Neutralrot (2 Tropfen einer 1 proz. Lösung in physiolog. NaCl-Lösung) färbt kleine Mengen (5 ccm) von Kuhmilch rotviolett, Frauenmilch hingegen gelb. Nur frische, d. h. noch nicht saure Frauenmilch gibt diese Reaktion, und zwar behält eine sauber gewonnene Frauenmilch ihre ursprüngliche Reaktion gegenüber Neutralrot bei Zimmertemperatur ungefähr 30 Stunden bei, um erst nach Ablauf dieser Zeit auf Zusatz von Neutralrot Rotfärbung anzunehmen. Im Eisschrank aufbewahrt, zeigt die Frauenmilch meist schon nach 1 Stunde Rotfärbung mit Neutralviolett. Diese Reaktion beruht aber ausschließlich auf Kältewirkung und schlägt bei Zimmertemperatur oder nach Erwärmung der Milch im Wasserbade von 30 ° C. wieder in Gelb um. Man kann die Reaktion benutzen, um eine durch längere Zeit aufbewahrte Frauenmilch auf ihre Verwendbarkeit als Säuglingsnahrung zu prüfen; besonders in Anstalten, wo die Säuglinge mit abgedrückter Frauenmilch aus der Flasche ernährt werden. Man darf aber nicht so weit gehen, jede Frauenmilch, die sich bei Zimmertemperatur im Reagenzglas mit Neutralrot färbt, ohne weiteres als nicht mehr verwendbar anzusehen. Sondern man führe nach Verfasser die Probe folgendermaßen aus: Ein Kaffeelöffel wird mit der zu untersuchenden Frauenmilch gefüllt und die Oberfläche der Milch mit einem kleinen Tropfen Neutralrot benetzt. Tritt dabei sofort — ohne braune Uebergangsnuancen — ausgesprochene Rotviolettfärbung auf, so ist die Frauenmilch zur Säuglingsernährung nicht mehr verwendbar. R. L.

W. **Autenrieth** und **Albert Funk** (Freiburg i. Br.): **Ueber einige kolorimetrische Bestimmungsmethoden: die nierendiagnostische Methode von Rowntree und Geraghty, die Bestimmung des Rhodans im Speichel und die des Jods im Harn.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49 u. 50.)

Die Verfasser berichten zunächst über eine von Rowntree und Geraghty vor zwei Jahren empfohlene neue Methode zur Prüfung der Nierenfunktion. Die dazu benutzte Substanz ist das Phenolsulfonphthalein, ein glänzendes, rotes, kristallinisches Pulver, das in Wasser und Alkohol nur wenig, in Alkalilauge aber leicht löslich ist. Von dieser Substanz spritzt man der zu untersuchenden Person 6 mg, in 1 ccm Flüssigkeit gelöst, intramuskulär ein. Man läßt die Person 20—30 Minuten vor der Einspritzung 200—400 ccm Wasser trinken, damit das Urinieren leicht erfolgt. Kurz vor der Einspritzung wird die Blase entleert. Die einzuspritzende Phenolsulfonphthaleinlösung ist in zugeschmolzenen Ampullen im Handel; es ist genau 1 ccm davon einzuspritzen (durch die Firma Fr. Hellige & Co. in Freiburg i. Br. zu beziehen). Zur Bestimmung der beginnenden Ausscheidung des eingespritzten Phthaleins bringt man schon vorher je 5—6 Tropfen Natronlauge in 3—4 kleinere Bechergläser und läßt die betreffende Person 5, 7, 9, 11 Minuten etc. nach der Einspritzung in diese Bechergläser urinieren. Sobald sich Phenolsulfonphthalein im Urin vorfindet, färbt sich dieser mit der Alkalilauge rot oder nur schwach rötlichbraun. Die Zeit, die vom Augenblick der Einspritzung bis zum Eintritt der Reaktion mit Natronlauge verflossen ist, wird notiert. Bei nierengesunden Menschen erscheint das erste Phenolsulfonphthalein im Urin in 5 bis längstens 11 Minuten nach der intramuskulären oder subkutanen Einspritzung. Genau 1 Stunde nach der Einspritzung muß dann die Versuchsperson den Inhalt ihrer Blase in ein größeres reines Becherglas vollständig entleeren, ebenso nach der zweiten Stunde. Man gießt nun den nach der ersten Stunde gelassenen Urin in einen Einlitermeßkolben, fügt die Harnprobe mit positiver Reaktion aus dem kleineren Becherglase hinzu, verdünnt mit Wasser auf ca. 200 ccm, macht mit 10 ccm oder mehr 10 proz. Natronlauge stark alkalisch, bis das Maximum der Rotfärbung erreicht ist, füllt mit Wasser bis zur Marke auf, schüttelt um und gießt eine Probe des durch ausgeschiedene Phosphate trüben, alkalischen Harngemisches durch ein trockenes Filter. Mit dem rotgefärbten klaren Filtrat füllt man den Glastrog des Autenrieth-Königsbergerschen Kalorimeters, verschiebt den geeichten Glaskeil mit der Vergleichslösung bis zur gleichen Farbstärke und liest am Kolorimeter den Skalenteil ab, auf den der Zeiger hinweist. Aus der dem Apparat beigegebenen Eichungskurve kann man dann direkt die Prozente an ausgeschiedenem Phenolsulfonphthalein entnehmen. Der frisch gelassene Phenolsulfonphthaleinharn ist goldgelb oder orangegelb gefärbt, falls er sauer reagiert; diese Färbung schlägt in ein schönes Rot um, wenn der Harn alkalisch gemacht wird. Der nach der zweiten Stunde entleerte Urin wird in derselben Weise untersucht, eventuell auch noch der nach 3 und 4 Stunden entleerte. Es hat sich ergeben, daß die gesunde, normal funktionierende Niere in der ersten Stunde nach der Einspritzung 45—60 oder noch mehr Prozent, und innerhalb der zwei ersten Stunden 70—90 pCt. des intramuskulär eingespritzten Phenolsulfonphthaleins wieder ausscheidet. Eine selbst nur mäßig erkrankte Niere scheidet eine erheblich geringere Menge innerhalb der ersten 2 Stunden aus; der Rest wird dann innerhalb der dritten und vierten Stunde ausgeschieden. Man kann also schon innerhalb der ersten zwei Stunden entscheiden, ob eine Niere normal funktioniert oder nicht. Die in Freiburg an einer Reihe von nierengesunden und nierenkranken Personen vorgenommene Nachprüfung, deren Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt werden, bestätigten diese von Rowntree und Geraghty gemachten Angaben durchaus. Nach diesen Forschern soll man mit Hilfe der Phthaleinprobe auch die Funktion jeder einzelnen Niere bestimmen können. Sie geben darüber an, daß beim nierengesunden Menschen der Eintritt der Reaktion für jede Niere im Durchschnitt gleichzeitig ist, und daß auch die ausgeschiedenen Mengen an Phenolsulfonphthalein gleich sind. In Fällen von Erkrankung der einen Niere zeigt der Harn dieser Niere eine Verzögerung im Eintritt der Reaktion und meist auch eine erhebliche Verminderung in der ausgeschiedenen Phthaleinmenge. — Der Inhalt des zweiten Teiles der Arbeit, welcher sich mit der kolorimetrischen Rhodanbestimmung im Speichel sowie mit der des Jods im Harn beschäftigt, ist von geringerer praktischer Bedeutung; wir sehen daher von einem Referat an dieser Stelle ab. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Februar 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Schönstadt** zeigte zuerst einen Patienten, bei dem er wegen **Sarkoms des rechten Humerus** ca. 7 cm aus der Kontinuität unterhalb des Collum anatomicum reseziert. Er nähte dann den Rest des Gelenkkopfes auf den Schaft des Humerus. Die Heilung erfolgte per primam; die Funktion des Armes ist vorzüglich.

Derselbe zeigte darauf einen **Augapfel**, den sich ein Geisteskranker selbst aus der Orbita herausgerissen hat, ohne ihn zu verletzen. Der Sehnerv war ungefähr 4 cm vom Bulbus durchrissen und hing an demselben.

Herr **Schönstadt** zeigt schließlich die **Niere eines Javaaffen**, die er einer Patientin, die 10 g Sublimat genommen hatte, durch Gefäßnaht in den Oberarm einzupflanzen versucht hat. Die Kranke starb 8 Tage nach der Ueberpflanzung. Die Niere war makroskopisch reaktionslos eingeheilt und hatte auch einige Tropfen Flüssigkeit (Harn?) abgesondert. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Niere zum größten Teil nekrotisiert worden war. Schönstadt glaubt, daß dies durch zwei Gründe zu erklären sei: 1. weil die Niere von einem Tieraffen stammte, 2. weil noch große Mengen Sublimat im Körper der Kranken kreisten. (Bericht des Vortragenden.)

Tagesordnung:

Ueber seltene Verletzungen der Harnblasenschleimhaut.

Herr **Ernst R. W. Frank**: Bei der überaus großen Häufigkeit von Verletzungen der Geschlechtsteile durch Abtreibungsversuche fällt es auf, daß in der gesamten Literatur nur überaus spärliche Berichte sich finden über gleichzeitige Verletzungen der bei der Frau mit den Genitalorganen in so innigem anatomischen Konnexe stehenden Harnwege. Die wenigen in der Literatur berichteten Fälle beziehen sich fast ausschließlich auf Sektionsbefunde.

Frank hat 5 Fälle von Blasenverletzungen bei Abtreibungsversuchen beobachtet und cystoskopisch untersucht. Die cystoskopischen Befunde ergeben ein wohl charakterisiertes und für alle Fälle typisches Bild der Beobachtung. Die Veränderungen betreffen stets denjenigen Teil der Blasenschleimhaut, welcher in der Achse der Harnröhre oder in deren unmittelbarer Umgebung liegt, also den Blasenboden, namentlich die Mitte des Trigonum, dann auch die unteren Teile der seitlichen Wände. Zumeist finden sie sich oberhalb des Lig. interureteric., sowohl median als auch neben den Harnleitermündungen und über denselben. Es handelt sich um flache Schleimhautdefekte, welche je nach dem Grade der meist gleichzeitigen Infektion mehr oder weniger eitrig belegt sind und besonders an den Randpartien leicht bluten. Sie sind von einem zarten Gefäßnetz umgeben und schneiden scharf gegen die gesunde Schleimhaut ab. Fast stets finden sich in der Umgebung derselben Gruppen von kleinen, nadelstichähnlichen, ganz oberflächlichen Defekten, welche durch die Manipulationen mit den meist spitzen Gegenständen hervorgerufen wurden, und welche als ein typisches diagnostisches Merkmal angesehen werden können. Strichförmige oder streifige rote Flecken entsprechen geringeren Graden der Verletzung.

Frank demonstriert die durch sein Cystoskop nach der Natur aufgenommenen Befunde, bei welchen besonders auch die charakteristische Gefäßinjektion in größter Deutlichkeit

hervortritt. Er weist darauf hin, daß solche Blasenbefunde für die forensische Beurteilung von Abtreibungsversuchen von Bedeutung sind.

Daran anschließend demonstriert der Vortragende einen Fall der von Nitze zuerst beschriebenen und als „Cystitis totalis" bezeichneten Blasenschleimhauterkrankung, welche charakterisiert ist durch wenig umfangreiche, aber tiefgehende scharfrandige Geschwürchen, welche von eigenartig lackroten Höfen umgeben sind und mit beträchtlicher Narbenbildung ausheilen. Die Ursache ist wie auch in dem vorliegenden Falle meist eine traumatische.

Es folgen dann bei einem sadistisch veranlagten Menschen beobachtete Schleimhautverletzungen, welche durch Einführen von spitzen Holzstäbchen zu onanistischen Zwecken entstanden waren.

Gonorrhoische Cystitis, die Venektasie der Blasenschleimhaut, das Oedeme bullosum, Veränderungen der Blasengrundgefäße auf funktioneller Basis, tuberkulöse Geschwüre im allerersten Beginn und im fortgeschritteneren Stadium werden im Bilde vorgeführt, ebenso die entsprechenden Stadien der syphilitischen Schleimhautpapel, ferner ein Fall von Argyrose der Blasenschleimhaut.

Den Schluß der Demonstration bildet die Wiedergabe eines seltenen Falles von Epithelwucherungen des Trigonum als Endstadium einer papillären Cystitis und zwei verschiedene Stadien der bilharziösen Blasenschleimhauterkrankung, nämlich der Knötchenbildung durch die Eier des Distomum haematobium und die nach längerer Zeit durch deren Reiz bewirkte Geschwulstbildung. (Bericht des Vortragenden.)

Ueber die Auflösungsfähigkeit von Gallensteinen.

Herr **v. Hansemann:** Bereits früher hat man durch den Tierversuch festgestellt, daß Gallensteine durch die Galle aufgelöst werden können, indem man menschliche Gallensteine in die Gallenblase von Hunden brachte, die Blase vernähte und das weitere Schicksal der Steine verfolgte. Naunyn und die meisten anderen Autoren sahen dies Ergebnis aber als für die menschliche Pathologie belanglos an. — v. H. hat nun zunächst das erwähnte Ergebnis durch neue Tierversuche bestätigt, soweit es sich um Cholestearinsteine handelt; nur die reinen Pigmentsteine und die seltenen reinen Kalksteine sind wohl unlöslich. Nun hat Vortr. ferner darauf geachtet, ob auch spontane Lösungserscheinungen bei den in der menschlichen Gallenblase gefundenen Steinen nachzuweisen sind, und er hat in der Tat eine größere Zahl so zu deutender Befunde erheben können. Die Formen von in Lösung begriffenen Gallensteinen sind dadurch charakterisiert, daß sie unregelmäßig gestaltet sind, Abrundungen und Abflachung sowie Dellenbildung bis zur Perforation zeigen. Ja, es kommt direktes Zerbrechen von Gallensteinen durch Auflösung vor. Daß es sich dabei wirklich um Lösungsformen handelt, erkennt man durch das Studium der Schichtungskurven an Steinschliffen; normalerweise dürfen nämlich die Kurven keine Unterbrechungen zeigen, was bei den in Lösung begriffenen durch Arrosion, Dellenbildung usw. bewirkt wird. — Die Bedeutung dieser Studien beruht darauf, daß man bezüglich der internen Therapie der Cholelithiasis darnach sich optimistischer verhalten kann, als dies in der letzten Zeit bei den meisten Autoren der Fall war; die Indikationsstellung für operatives Eingreifen wird allerdings dadurch nicht berührt.

Diskussion:

Herr **Arthur Fraenkel:** Es ist praktisch von Bedeutung, daß wir jetzt in der Röntgenoskopie ein Mittel haben, kalkumhüllte Gallensteine, bei denen keine Auflösungsmöglichkeit vorliegt, von den auflösbaren Cholestearinsteinen zu unterscheiden. Speziell diejenigen Steine, die einen annähernd kugelförmigen organischen Kern haben, geben ein charakteristisches Bild. Aus der kalkigen Kugelschale, die sie umgibt, resultiert ein kranzförmiger Röntgenschatten, wie eine einfache geometrische Ueberlegung zeigt.

Herr **Kraus:** Vorläufig haben wir internen Therapeuten noch kein Mittel, die Auflösung von Gallensteinen durch Vermehrung oder sonstige Beeinflussung der Gallensekretion zu fördern.

Herr **v. Hansemann** (Schlußwort): Als den Schwerpunkt seiner Ausführungen bittet v. H. den Nachweis der großen Häufigkeit der besprochenen Lösungserscheinungen von Gallensteinen anzusehen, die für die Beförderung dieser Vorgänge durch Kunsthilfe eine günstige Perspektive gibt.

IV. Bücherschau.

Diagnostik der Farbensinnstörungen. Eine Einführung für Sanitätsoffiziere, beamtete Aerzte, Bahnärzte und Studierende. Von Prof. Dr. **Stargardt**, Privatdozent an der Universität, und Prof. Dr. **Oloff**, Marine-Oberstabsarzt zu Kiel. Berlin 1912, Verlag von Julius Springer. 45 S. 1,80 M.

Die Untersuchung des Farbensinnes wird in den meisten Lehrbüchern der Augenheilkunde in unzureichender Weise geschildert. Dabei ist dieses Gebiet auch für viele Nichtspezialisten von Wichtigkeit, besonders für beamtete Aerzte, Bahnärzte, Sanitätsoffiziere, Marineärzte, die nicht selten Gutachten über das Farbenunterscheidungsvermögen einzelner Personen zu erstatten haben. Für diese Kreise ist das vorliegende Buch vorzugsweise bestimmt, in welchem die Verfasser die Methodik der Farbensinnprüfung auf Grund unserer heutigen Anschauungen kurz und übersichtlich zur Darstellung bringen. Theoretische Vorkenntnisse werden nicht vorausgesetzt; alles Wissenswerte über den normalen Farbensinn und über die Störungen des Farbensinns findet sich in den einleitenden Kapiteln angegeben. Dem Buch liegen ausgedehnte praktische Erfahrungen der Verfasser auf dem Gebiete der Farbensinnprüfung zugrunde; diese haben sie davon überzeugt, daß die Nagelschen Tafeln, welche für die Armee, Marine und Eisenbahn als obligatorische Untersuchungsmethode eingeführt sind, nicht immer einwandfreie Resultate ergeben und daher einer Kontrolle durch die Stillingschen Tafeln bedürfen; letztere genügen überall da, wo die Nagelschen Proben nicht direkt vorgeschrieben sind. In allen Fällen, wo die Stillingschen und Nagelschen Tafeln kein sicheres Resultat ergeben, muß die Untersuchung mit dem Nagelschen Anomaloskop ergänzend hinzutreten. Die betreffende Untersuchungstechnik wird ausführlich geschildert. Das Buch wird den Kollegen, welche sich mit der Methodik der Farbensinnprüfung vertraut machen wollen, gute Dienste leisten.

Wie studiert man Medizin? Von **Friedrich Müller**, Professor der Medizin in München. Verlag von Ernst Reinhardt in München. 49 S. 0,60 M.

In diesem Vortrage, der vor der freien Studentenschaft in München gehalten wurde, legt der bekannte Kliniker seine Ansichten über die zweckmäßigste Gestaltung des medizinischen Studiums dar, ohne besonders neue oder originelle Gedanken über das Thema zu entwickeln. Etwas sonderbar berührt der weltfremde Optimismus, mit welchem der Verf. zum Schluß von den „Lichtseiten des ärztlichen Berufs" spricht. Der Arzt ist nach Verf. ein freier und unabhängiger Mann. Er ist keiner Behörde untertan und kann politisch und religiös seiner Ueberzeugung leben. Wirklich? Auch heute noch? In den ärztlichen Standesblättern liest man's anders. Ferner sagt der Verfasser: Das Volk, zu dem wir zu gehören die Ehre haben, setzt sich in seiner Mehrzahl nicht aus Dummköpfen und schlechten Kerlen zusammen, sondern aus ehrenwerten und urteilsfähigen Männern und Frauen. Darum steht auch das ehrsame Kurpfuschergewerbe bei uns in so hoher Blüte! Darum beschirmt die Mehrheit des Deutschen Reichstages, also die Elite des Deutschen Volkes, die Kurpfuscherei! Nein, urteilsfähig kann man das nicht nennen, wenigstens nicht in ärztlichen Dingen.

Nachschlagebuch zur Krankenversicherung einschließlich der gemeinsamen Vorschriften nach der **Reichsversicherungsordnung** insbesondere für Aerzte. Von Dr. **Friedrich Wiedemann**, kgl. Bezirksarzt in Neu-Ulm. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 155 S. Kart. 3 M.

Der Zeitpunkt, an dem die Reichsversicherungsordnung in allen ihren Teilen in Kraft tritt, ist nicht mehr fern. Deshalb ist es hohe Zeit, daß jeder Arzt sich mit dem schwerfälligen, paragraphenreichen Gesetzeswerk vertraut macht, welches in mancher Hinsicht einschneidende Aenderungen gegenuber dem bisherigen Zustand allen Beteiligten, nicht zuletzt den Aerzten, gebracht hat. Es sind schon einige Einführungsschriften erschienen, welche dem Arzt das Zurechtfinden in der Reichsversicherungsordnung erleichtern wollen. Das vorliegende Werkchen verfolgt den gleichen Zweck mit der Beschränkung auf die gemeinsamen Vorschriften und die Krankenversicherung. Der Stoff ist alphabetisch angeordnet, wodurch das Buch zur raschen Orientierung über einzelne in der Praxis auftauchende Fragen besonders geeignet sein dürfte. Die Durchsicht des Werkes ergibt, daß der Verfasser es in der Tat verstanden hat, den Stoff unter einzelnen alphabetisch geordneten Schlagwörtern in geeigneter Weise zu gruppieren. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der **Ausschuß der preußischen Aerztekammern**, der, wie bereits in der vorigen Nummer mitgeteilt, am 1. Februar d. J. eine Sitzung abhielt, hat in dieser außer der wiedergegebenen Resolution über den die Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine betreffenden Ministerialerlaß noch mehrere andere Gegenstände von erheblichem Interesse behandelt. Erstlich die Impfarztfrage, die von der Aerztekammer für die Provinz Sachsen angeregt worden ist. Auf deren Wunsch sollte der Minister des Innern um Abstellung des in letzter Zeit mehr und mehr aufgekommenen Brauches gebeten werden, freigewordene Impfarztstellen den Kreisärzten zu übertragen. Der Aerztekammerausschuß verzichtete auf eine besondere

Resolution dazu, nachdem Ministerialdirektor Kirchner erklärt hatte, daß die Staatsregierung den beklagten Vorkommnissen durchaus fernstehe. — Die Badische Aertekammer hatte in ihrer Sitzung vom 12. Dezember v. J. sich mißbilligend ausgesprochen über den Erlaß des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte vom Juni v. J., in welchem vorgeschlagen wird, daß sämtliche ärztlichen Gutachten für die Angehörigen dieser Versicherung nur von besonderen Vertrauensärzten, und zwar in erster Linie von beamteten Aerzten, ausgestellt werden sollen. — Die Aerztekammer für die Provinz Sachsen hatte beantragt, sich der Stellungnahme der badischen Standesvertretung anzuschließen, welchem Antrage denn auch der Aerztekammerausschuß einmütig zustimmte. Der Beschluß wird dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zur Kenntnis gebracht werden. — Schließlich sei noch erwähnt, daß, wie in der Sitzung bekanntgegeben wurde, zwei wichtige Anträge von sämtlichen Aerztekammern angenommen worden sind, nämlich der Antrag betr. Anstellung von Aerzten im Reichsversicherungsamt und der Antrag betreffs Abmahnung vom Studium der Medizin.

— Durch Erlaß des preußischen Unterrichtsministers vom 3. Januar d. J. werden die Provinzialschulkollegien angewiesen, den Kreisärzten durch Vermittelung der Regierungspräsidenten die im Laufe des Jahres auf ihre hygienischen Verhältnisse zu untersuchenden **höheren Lehranstalten** zu bezeichnen. — Nach früheren Bestimmungen wird bekanntlich jede höhere Schule durchschnittlich alle fünf Jahre einer derartigen Revision unterzogen.

Leipzig. In der Sitzung der 1. und 3. Abteilung des Landesgesundheitsamtes ist folgender Antrag der Aerztekammer Leipzig-Land angenommen worden: „Die Kgl. Staatsregierung möge in die **Hebammenordnung** eine Bestimmung aufnehmen, daß es den Hebammen streng untersagt wird, bei Entbindungen das Publikum in der Wahl des Arztes ungehörig zu beeinflussen" (§ 6 der vor kurzem veröffentlichten neuen preußischen Dienstanweisung für Hebammen enthält bereits eine derartige Bestimmung. Red.).

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dr. Peter Róna, Leiter der chemischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Am Urban in Berlin, erhielt einen Ruf als Professor der medizinischen Chemie in San Paolo.

— Zum Direktor und leitenden Arzt der chirurgischen Abteilung des neu erbauten St. Norbert-Hospitals in der Hauptstraße in Berlin-Schöneberg wurde der seitherige Leiter des Elisabeth-Krankenhauses in Kassel Dr. Franz Kuhn gewählt.

Königsberg i. Pr. Dr. Friedrich Meyer-Betz hat sich für innere Medizin habilitiert.

Bonn. Der Privatdozent der Physiologie Prof. Dr. Bernhard Schöndorff ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Rostock. Dr. med. Albrecht Burchard hat sich für Röntgenologie habilitiert.

Leipzig. Die Privatdozenten Dr. Eduard Stadler (innere Medizin) und Dr. Arthur Laewen (Chirurgie) sind zu außeretatsmäßigen außerordentlichen Professoren ernannt worden.

Gottleuba. Die hierselbst errichtete große Heilstätte der Landesversicherungsanstalt im Königreich Sachsen wird am 1. April d. J. eröffnet werden. Chefarzt ist der Nervenarzt San.-Rat Dr. Bartels.

Freiburg i. B. Die Privatdozenten Dr. Franz Samuely (innere Medizin) und Dr. med. et phil. Hermann Fühner (Pharmakologie) sind zu außerordentlichen Titularprofessoren ernannt worden.

Wien. Der außerordentliche Professor der Chirurgie Primararzt Dr. Rudolf Frank ist im Alter von 50 Jahren gestorben.

— Der bekannte Otologe Hofrat A. Politzer ist von der American Academy of Arts and Sciences zum Ehrenmitglied gewählt worden.

Prag. Zu unserer in der vorigen Nummer enthaltenen Mitteilung über die Besetzung des Lehrstuhles der inneren Medizin an der deutschen Universität tragen wir berichtigend nach, daß Prof. R. Schmidt (Innsbruck) von der Fakultät zwar primo loco vorgeschlagen, aber noch nicht ernannt ist. Die beiden anderen Vorgeschlagenen sind Prof. Naegeli (Tübingen) und Prof. Rolly (Leipzig).

— Der bisherige Extraordinarius der Anatomie an der tschechischen Universität Dr. Karl Weigner ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

Budapest. Privatdozent Dr. J. Lovrich ist zum Direktor der Hebammenlehranstalt ernannt worden.

St. Petersburg. Der Direktor des Instituts für Experimentalmedizin Prof. Wladimir Podwyssotzki ist im 56. Lebensjahre gestorben. Außer seinen wissenschaftlichen Arbeiten hat seine Tätigkeit als Redakteur der führenden medizinischen Zeitung Rußlands, des „Russki Wratch", auch in Deutschland seinen Namen bekannt gemacht.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Hier hat sich eine **„Aerztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft"** konstituiert, als deren Vorstand Geheimrat Prof. Dr. Eulenburg, Dr. Iwan Bloch, Dr. Magnus Hirschfeld, Sanitätsrat Dr. H. Koerber, Dr. Herm. Rohleder, Dr. Otto Adler und Dr. Otto Juliusburger fungieren. Zweck der Gesellschaft ist die Erforschung des Geschlechtslebens nach streng wissenschaftlichen Grundsätzen und Förderung des Interesses für diese Forschung in ärztlichen Kreisen. Ordentliche Mitglieder der Gesellschaft können nur Aerzte und Aerztinnen werden, während als außerordentliche Mitglieder auch nichtmedizinische Akademiker zugelassen werden.

— Der **9. Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft** findet hierselbst am 30. März statt. Themata: Tiefenbehandlung, Myomtherapie, Dosierung. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an den Vorsitzenden Dr. Immelmann, W. 35, Lützowstr. 72.

— Der erste **Deutsche Kongreß für alkoholfreie Jugenderziehung** findet hierselbst vom 26. bis 28. Mai d. J. statt. Dem Kongreß geht am 25. Mai eine Reihe von wissenschaftlichen Vorträgen des Berliner Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus voraus, die in den allgemeinen Inhalt und die allgemeine Bedeutung der Alkoholfrage einführen. Die Geschäftsstelle des Kongresses, Berlin W. 15, Uhlandstr. 146, nimmt Anmeldungen entgegen und verschickt Programme in jeder gewünschten Zahl unentgeltlich.

Greifswald. Die **Anatomische Gesellschaft** hält ihre 27. Versammlung hier vom 10. bis 13. Mai ab. Vorsitzender der Gesellschaft ist Prof. Bonnet (Bonn). Nähere Auskunft erteilt Dr. v. Möllendorff (Greifswald).

Stuttgart. Am 7. und 8. Mai findet hierselbst die 20. Tagung des **Vereins deutscher Laryngologen** (Vorsitzender: Siebenmann [Basel]) statt. Es wird gebeten, beabsichtigte (noch nicht anderweits publizierte) Vorträge oder Demonstrationen bis um 1. April beim Schriftführer (Dr. Richard Hoffmann, Dresden 1, Grunauer Straße 8/I) anzumelden. An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten. Das definitive Programm wird Mitte April versandt werden.

Groningen. Der 9. **Internationale Physiologenkongreß** wird vom 2. bis 6. September d. J. in Groningen unter dem Vorsitz von Prof. H. J. Hamburger abgehalten werden.

New York. Hier hat sich eine **„Gesellschaft zur Erleichterung klinischer Studien"** gebildet, die in der Academy of Medicine, 19 West 43. Street ein Auskunftsbureau für fremde Aerzte eingerichtet hat.

Washington. Auf dem 9. **Kongreß amerikanischer Aerzte und Chirurgen**, der am 6. und 7. Mai d. J. in Washington stattfindet, wird Prof. Dr. Schlayer in München auf Aufforderung des Kongresses das Referat über eines der Hauptthemata, das Studium der Nierenfunktion, erstatten. Das zweite Hauptthema lautet: „Ueber die Entwicklung der Gewebe in vitro".

Gerichtliches.

Bonn. Die hiesige Strafkammer verurteilte am 7. d. M. den früheren Apotheker Th. wegen **Betruges** in fünf Fällen zu 1000 M. Geldstrafe. Th. ist der Hersteller der sogen. Parayschen Klostermittel. Er hat in Zeitungsanzeigen angekündigt, daß er Flechten aller Art heile, hat auch Sprechstunden abgehalten und dabei seine Mittel, die aus unschädlichen, wirkungslosen Stoffen zusammengesetzt sind, verordnet. In einem der abgeurteilten Betrugsfälle hat er einer Frau innerhalb eines Jahres für etwa 300 M. Arzneimittel verkauft; die Mittel hatten aber nicht den geringsten Erfolg. Das Rezept der Tränke, Salben, Pillen und Pulver soll ein Prior in Mariawald (Eifel) in den 60er Jahren zusammengestellt haben. („Pharmaceutische Ztg.")

Konstanz. Ein durch eine Röntgenverbrennung verursachter **Haftpflichtprozeß** ist kürzlich durch gütliches Abkommen erledigt worden. Die Klägerin erhält von dem Chefarzt des städtischen Krankenhauses Dr. Meisel als Abfindung die Summe von 4000 M.

Verschiedenes.

Leipzig. Die **Möbius-Stiftung** verleiht neben einem Geldpreis eine kunstvolle, von Bildhauer Prof. Max Lange entworfene und gestiftete Plakette demjenigen, der eine als würdig befundene Preisarbeit liefert, die an Herrn Prof. v. Strümpell (Leipzig) in der üblichen Weise (Kuvert mit Motto) bis zum 1. Oktober d. J. einzusenden ist.

München. Der Kgl. Landesturnanstalt in München wird versuchsweise ein **Laboratorium** zu Unter-

suchungen und Messungen über die Wirkung der einzelnen **Turnarten, Turnspiele** und **Sportsarten** angegliedert. Die medizinische Leitung hat der Privatdozent für Chirurgie an der Universität München Dr. Hans v. Baeyer übernommen. Auf wissenschaftlicher Grundlage soll mit Hilfe physiologischer Methoden 1. der Einfluß der Leibesübungen auf den menschlichen Organismus, Atmung, Herztätigkeit usw. ergründet werden, um ihren vorübergehenden oder dauernden Nutzen zu erweisen, andererseits auch die möglichen vorübergehenden oder dauernden Schädigungen festzustellen; 2. sollen die Kandidaten des nunmehr eingerichteten zweijährigen Lehrganges für die Ausbildung von Turnlehrern im Hauptamte angeleitet werden, selbst solche Messungen an Schülern vorzunehmen, damit im Zusammenarbeiten mit den künftigen Schulärzten einwandfreies Material zur tieferen wissenschaftlichen Begründung von Turnen, Spiel und Sport gewonnen werden kann.

Wiesbaden. Für drei Aerzte des hiesigen Regierungsbezirks ist je ein **Stipendium** von 450 M. zu weiterer Ausbildung bezw. wissenschaftlichen Reisen am 1. April zu vergeben. Bewerbungen bis 15. März an den Vorsitzenden der Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau, Geheimrat Hartmann in Hanau. An unbemittelte Kranke sind vom 1. April 1913 bis 31. März 1914 etwa 140 Freistellen der Dr. Heinrich **Rothschen Stiftung**, welche ganz freie Verpflegung und freien Gebrauch der Bäder gewähren, zu vergeben. Die Bewerbungsgesuche sind an das städtische Krankenhaus einzureichen, von wo aus auch nähere Bedingungen mitgeteilt werden.

Brüssel. Durch belgischen Ministerialerlaß ist vor kurzem die Abgabe von **Diphtherieheilserum** an minderbemittelte Kranke auf Staatskosten angeordnet worden.

Wien. Die große Kommission des Kaiserjubiläumsfonds für Kinderschutz und Jugendfürsorge hat beschlossen, eine **Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge** mit einem Aufwand von 1 Million Kronen zu errichten.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 2. Kl.: Rittergutsbesitzer und Arzt Dr. Lange in Lonkorrek (Westpr.).

Rote Kreuz-Medaille 3. Kl.: Dr. F. Gehrke in Danzig, Prof. Dr. R. Kutner in Berlin, Dr. J. Schwieder in Kalkberge, San.-Rat und Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. O. Freund in Pankow, Dr. K. Boseck in Stolp i. Pomm., Stabsarzt d. L. I. Aufgebots Dr. P. Tschmarke in Magdeburg, Oberstabsarzt Dr. P. Oberbeck in Gnesen, Kreisarzt Med.-Rat Dr. F. Neumann in Loebschütz, Dr. N. Maassen in Heide, Kreis Norderdithmarschen, Dr. F. Wahrendorf in Hannover, Stabsarzt d. L. II. Aufgebots Dr. A. Flügge in Gronau, Dr. J. Wibel in Wiesbaden, Dr. A. Henrichsen in Schwanheim a. M., Dr. W. Mentler in Hörde, San.-Rat und Kreiskommunalarzt Dr. M. Borchmeyer in Recklinghausen, Dr. E. Kluge in Westhofen, Dr. J. Hünten in Cöln, Reg.- und Med.-Rat Dr. J. Demuth in Speyer, Dr. C. A. Fröhlich in Lengsfeld i. Erzgeb., Dr. E. Zürn in Lichtenstein, Oberstabsarzt Dr. K. Th. Mantel in Karlsruhe, Dr. G. Lenz in Homberg, Amt Triberg, Professor, Direktor des zahnärztl. Instituts, Stabsarzt a. D. Dr. G. A. J. Port in Heidelberg, Kammerherr, Kreisarzt Freiherr Schenk zu Schweinsberg in Alzey, Dr. L. Orth in Darmstadt, Dr. W. Schaller in Obermaßfeld.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Kreisärzte Med.-Räte Dr. Moritz in Halberstadt, Dr. Hesse in Lüneburg, Dr. Hunnius in Wandsbek, Dr. Lemmer in Alfeld, Dr. Flatten in Berlin-Schöneberg, Dr. Kühn in Calbe a. S., Dr. Racine in Essen, Dr. Ziehe in Homburg v. d. H. und Dr. Wolff in Elberfeld.

Prädikat Professor: Privatdozent Dr. J. Forschbach in Breslau, Oberstabsarzt Dr. Sinnhuber in Königsberg i. Pr.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: San.-Räten Dr. G. Belke in Essen a. d. Ruhr, Dr. H. Burgmann in Lennep, Dr. J. Eichhoff in Elberfeld, Dr. F. W. Fabricius, Direktor der Provinzial-Heilanstalt in Düren, Dr. W. Fey in Cassel, Dr. K. Gerster in Braunfels, Dr. M. Kaufmann in Aachen, Dr. H. Köhler in Eberswalde, Dr. W. Lenzmann in Kamen, Dr. H. Löwenthal in Berlin, Dr. A. Schmitz in Bernkastel-Cues, Dr. P. Semrau in Danzig-Langfuhr, Dr. K. Stein in Ehringshausen, Dr. M. Strauss in Königssteele, Dr. E. Thalheim in Norderney und Dr. A. Voormann in Hagen, den Proff. Dr. H. Kümmell, Oberarzt des Allgem. Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf, und Dr. G. Spiess, Direktor der städt. Hals- und Nasenklinik in Frankfurt a. M.; dem Dr. O. Hieber in Königsberg i. Pr.

Niedergelassen: Dr. F. Katz in Breisach, R. Nacke in Boxberg, Dr. J. Albert in Emmendingen, Frau Dr. M. Fiebach-Stiehl, Dr. P. Zimmermann und Dr. E. Crone in Freibung, Dr. W. Klinkhardt in Eppelheim, Dr. O. Wagner in Heidelberg, Dr. A. Schott in Karlsruhe, Dr. L. Käppele, Frl. Josefine Gertrude Hepner in Mannheim, Dr. E. Buck in St. Blasien, Stabsarzt K. W. O. R. Möslein in Lahr.

Zurückgetreten: Prof. Dr. A. Oberst als 1. Assistent an der chirurgischen Klinik in Freiburg.

Verzogen: Dr. K. E. Felsch von Eberbach, Dr. E. Schottelius von Oberglottertal, Dr. H. Katz von Breisach nach Selb (Oberfranken), Priv.-Doz. Dr. Spielmeyer von Freiburg nach München, Dr. K. Hammesfahr von Konstanz nach Berlin, Dr. A. Rindt von Mannheim, Dr. K. Schmitt von Pforzheim, Dr. F. Allendorf und Dr. E. Bröcking von St. Blasien nach San Remo, Dr. F. Kipping von St. Blasien nach Breslau, Dr. G. Hülsmann von Todtmoos nach Wiesbaden, Dr. J. Löwenstein von Boxberg nach Bleicherode.

Gestorben: San.-Rat Dr. L. Falk in Hamm und Dr. A. Ohlmer in Hildesheim.

Bayern.

Niedergelassen: W. Lempe als Spezialarzt für Lungenleiden, Dr. I. Spier als Spezialarzt für Hautkrankheiten, Röntgenbehandlung und Kosmetik, A. Beyer und Dr. Seb. Gröschel, großh. luxemburg. Hofrat, in München, Dr. O. Pülty in Schwabach, Oberarzt Dr. L. Wolf in Nürnberg, Dr. A. Ciolina in Zweibrücken, Dr. G. Hingst in Partenkirchen, Dr. J. Huber in Hornbach, Dr. J. Kopp in München, Dr. B. Burghard, Dr. W. Sohler und Dr. J. Weiss in München, Dr. J. Auer in Guting, Dr. F. Heckwolf in Markt Wald, Sabsarzt a. D. Dr. H. Heim in Kempten, Dr. A. Colin in München.

Verzogen: Dr. Orth von Gräfenberg, W. Lempe von Krailling, unbekannt wohin, Dr. L. Venator von Ludwigshafen-Friesenheim nach Klingenberg i. S., Dr. L. Döderlein von Holzkirchen nach München.

Praxis hat niedergelegt: Dr. A. Gottsmann in Giebelstadt, Dr. Eduard Miller in Birnbach.

Gestorben: Medizinal-Rat Dr. Ludwig Roth, kgl. Landgerichts- und Bezirksarzt a. D., in München.

Württemberg.

Niedergelassen: Dr. P. Bunse als II. Arzt der Privatirrenanstalt Kennenburg.

Verzogen: Dr. O. Kern von Kennenburg.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. K. von Stoll in Stuttgart, Dr. A. Wagner in Stuttgart, Dr. Alfr. Müller in Göppingen.

Sachsen.

Niedergelassen: Dr. W. N. Clemm, Spezialarzt für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, in Dresden, M. Martschke in Hartha b. Tharandt, Dr. Colditz in Klotzsche.

Praxis hat aufgegeben: San.-Rat Dr. Cahnheim in Dresden, Dr. F. R. Risse in Klotzsche, Dr. M. E. Baumgarten in Heidenau.

Hessen.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Groos von Bensheim nach Darmstadt.

Oldenburg.

Niedergelassen: Dr. W. Baader in Oldenburg.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. Walter Quiring (Wohnort Wandsbek) und Dr. H. P. E. Schroeder in Hamburg.

Gestorben: Dr. W. L. Homann in Hamburg.

Bremen.

Niedergelassen: Dr. C. A. H. Kretschmann in Bremen.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz Berlin W. 30 Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | **Berlin, 1. März 1913** | **No. 9**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 1. März 1913** **No. 9**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber ein neues Inhalationsmittel.

Von

Dr. **Ernst Pasch**,

Spezialarzt für Erkrankungen der Atmungsorgane in Breslau.

Die Inhalation als therapeutische Maßnahme zur Bekämpfung von Krankheiten der tieferen Luftwege ist sehr bestritten. So erkennen Autoren wie Bandelier und Roepke (1) ihren Wert als Heilmittel bei Tuberkulose nicht an, sprechen ihr aber eine gewisse Berechtigung als unterstützendes Moment für die Behandlung bei Lokalisation der Tuberkulose in den größeren Bronchien nicht ab. Wenn wir uns auch im allgemeinen dieser Anschauung anschließen, so können wir doch sagen, daß, abgesehen von solchen Fällen, bei denen es sich darum handelt, den Kehlkopf völlig ruhigzustellen, eine zweckmäßige Inhalation bei Benutzung geeigneter Medikamente für die konservative Behandlung der oberen Luftwege vorzügliche Dienste leistet. Wie Christen (2) dargelegt hat, vereinigt die Inhalation die Vorzüge mehrerer Heilfaktoren: die der Thermotherapie, der Hydrotherapie, der Atemgymnastik und der Pharmakotherapie. Angeregt durch B. Fraenkel habe ich in einer früheren Veröffentlichung (3) auf die Wichtigkeit der Behandlung der oberen Luftwege bei Lungentuberkulose hingewiesen und speziell die günstigen Erfolge mit dem Inhalieren hervorgehoben. Diese Erfahrungen kann ich nach Aufgabe der Heilstättentätigkeit aus meiner spezialistischen Praxis bestätigen. Jedoch nicht nur bei Vorliegen einer tuberkulösen Erkrankung der Lunge, sondern auch bei leichteren und schwereren katarrhalischen Affektionen der oberen Luftwege leistet ein geeignetes Inhalationsmittel gute Dienste, wenn es im besonderen folgenden Anforderungen genügt: 1. Es darf weder durch Geruch noch Geschmack die Patienten belästigen, noch 2. durch zu starke Konzentration Reizerscheinungen hervorrufen; es muß 3. die Lösung des Sekrets beschleunigen und andererseits die zu starke Sekretion herabsetzen; es muß 4. den Patienten zu einer ruhigen, geregelten Atemtätigkeit anregen, ohne Husten oder Nießreiz hervorzurufen, und muß schließlich ein energisch wirkendes Arzneimittel sein.

Das Menthol stellt ein geradezu ideales Inhalationsmittel dar, das in allen möglichen Formen und in den verschiedensten Apparaten angewandt wird. Ich habe es — abgesehen von der Heilstättenpraxis — mit Apparaten wie Fraenkels Halator, Heryngs Apparat, Sängers Arzneiverdampfer, Tancrés Apparat, Sigles Apparat, Th. Kautz' elektrischem Anschlußapparat u. a. inhalieren lassen, und zwar als Mentholum crystallisatum mit dem Halator (H. Windler [Berlin]) und der Mentholzigarette, als Mentholoivenöl im Spray mit Soda emulgiert, sowie in den anderen Apparaten verwandt. Abgesehen von gewissen Mängeln des Menthols und seiner einfachen Lösung — ich erinnere nur an die Erstickungsgefahr bei Kindern, auf die Lindckens hinweist (4) — ist die Anwendungsform für den auch nicht immer gerade bemittelten Patienten teuer und umständlich, schon dadurch, daß eine gewisse Apparatur notwendig ist. Ich lenkte daher mein Augenmerk darauf, ein Medikament auszuwählen, das sowohl das Menthol in einer gewissen Menge, in anderen Substanzen, die die Reizwirkung des Menthols aufheben und auch andererseits noch die schleimlösende, desinfizierende und stimulierende Eigenschaft zur Geltung bringen, gelöst enthalten, und das zu dem einfachsten Inhalierapparat — einer Tasse oder einem Topf mit heißem Wasser auf Kocher oder Nachtlicht — ordiniert werden kann. Ich halte eine Lösung des Menthols in einem Gemisch der Oele verschiedener Edelkoniferen und Myrthaceen besonders für geeignet, wie sie eine nach meinen Angaben angefertigte Inhalierflüssigkeit darstellt. Sie setzt sich zusammen aus Menthol, Latschenkiefernöl,

Eukalyptusöl, rektifiz. Terpentinöl. Da eine rezeptmäßige Anfertigung für den Patienten zu teuer würde, so habe ich den Fabrikanten veranlaßt, das Mittel als fertige Speziälität unter dem Namen „Terpinomenth" herzustellen. Dieses Präparat habe ich in meiner Praxis in 99 Fällen von katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege versucht:

1. Coryza acuta (6),
2. Ozaena und Sinusitis (3),
3. Retronasalkatarrh (8),
4. Pharyngitis ac. und chron. (24),
5. Laryngitis ac. und chron. (29),
6. Pharyngolaryngitis (22),
7. Tracheitis (7).

Bei diesen Fällen fand sich gleichzeitig 11 mal Lungentuberkulose. Von den chronischen Laryngitiden waren 2 tuberkulöser Natur. Daß auch in Fällen von Tracheitis die Beschwerden nach bloßer Inhalation bald nachließen, ist theoretisch vielleicht nicht eindeutig zu begründen, wenn es auch praktisch nachgewiesen ist. Denn einerseits hat ein exakter Beobachter wie Ephraim (5) bei seinen Versuchen mit Methylenblaulösung zwar den Kehlkopf blau gefärbt, die Luftröhre dagegen frei von Farbstoffpartikelchen gefunden, andererseits können wir uns Heryngs positiven Befunden in der Lunge nicht anschließen, da sie auf künstlicher Atmung (6) fußen. Dennoch scheint die Annahme richtig zu sein, daß die Medikamente auf dem Wege der Diffusion in die relativ tiefe Partie der Trachea gelangen.

Die Patienten gebrauchten das Mittel gern und spürten bald nach den ersten Inhalationen Nachlassen der subjektiven Beschwerden, wie Husten, Kitzel im Halse und Verschleimung; auch erwiesen sich die Borken bei Ozaena als leichter löslich. In den folgenden Konsultationen waren diese Erfolge auch objektiv nachweisbar, so daß man dem Mittel eine lösende, schmerzstillende und stimulierende Wirkung mit Recht zuschreiben muß. Neben einer direkten Heilung übt das Terpinomenth noch andere Wirkungen aus; so hatte ich Gelegenheit, bei Bühnenkünstlern eine Kräftigung der überanstrengten oberen Luftwege durch diese mildeste aller therapeutischen Maßnahmen zu konstatieren. Ferner ließ ich es zur Linderung der Kopfschmerzen, wie sie die verschiedenen Erkältungsformen hervorrufen, in die Stirnhaut einreiben. Die beim Menthol oft auftretenden unerwünschten Reizerscheinungen der Schleimhäute konnte ich in keinem Falle beobachten. Im Gegenteil wurde das Medikament sogar wegen seines aromatischen Geruchs vielfach von den Patienten gerühmt. Dadurch veranlaßt, benutze ich es selbst als unaufdringliches Desodorans meiner ärztlichen Räume. Aus demselben Grunde eignet es sich vorzüglich zur Benutzung in Heilstätten und bei bettlägerigen Patienten sowohl im Fraenkelschen Halator (7), als auch auf kochendes Wasser gegossen zur Rauminhalation. In der Hand des praktischen und speziell des Kassenarztes dürfte es infolge des billigen Preises (20 ccm im Originalglas 1,25 M., hergestellt im Laboratorium der Apotheke „Zum fliegenden Roß", Breslau I) eine gute Bereicherung des Arzneischatzes sein, zumal, da die Dosierung von jedesmal 5—10 Tropfen eine ökonomische Anwendung ermöglicht.

Literatur.

1. Bandelier u. Roepke: Die Klinik der Tuberkulose. Würzburg 1911.
2. Th. Christen: Ueber Inhalationstherapie. Münchener med. Wochenschr., 1910, No. 50.
3. Pasch: Erfahrungen über die Behandlung der Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren in der Lungenheilstätte Belzig. Berlin 1908.
4. Lindckens: Menthol et coryfine dans le rhume de cerveau. Journal médical de Bruxelles, 1911, No. 36.
5. Ephraim: Ueber örtliche Behandlung chronischer Bronchialerkrankungen. Archiv für Laryngologie, Bd. 24, H. 1.
6. Heryng: Berliner klin. Wochenschr., 1906, No. 11.
7. B. Fraenkel: Ein Halator. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, No. 49.

Eisensajodin-Lebertran u. Eisensajodin-Emulsion.

Von

Dr. **Hugo Horwitz** in Berlin.

Jodeisen in Verbindung mit Lebertran wird wohl allgemein bei den für eine solche Medikation in Betracht kommenden Fällen gegeben. Die im Handel befindlichen Präparate entsprechen jedoch keineswegs den Anforderungen, die man zu stellen berechtigt ist. Geringe Haltbarkeit, ganz ungewöhnlich schlechter Geschmack, Magenreizungen, Diarrhöen sind die diesen Präparaten eigentümlichen Uebelstände, die uns veranlassen, auf die an sich äußerst wertvolle Kombination zu verzichten oder sie nur ganz vorübergehend zu geben. Der offizinelle Jodeisensirup, ebenso das Ferr. jodat. sacch. sind zersetzliche Substanzen, die leicht freies Jod abspalten, daher die Verdauung belästigen und so dem Appetit entgegenarbeiten. Dadurch, daß es gelang, das dem Sajodin entsprechende Eisensalz der Monojodbehensäure, das Eisensajodin, herzustellen, sind diese Uebelstände gehoben. Das Eisensajodin ist völlig geschmacklos und zeigt eine hohe lipoide Löslichkeit. Es ist daher möglich, es in Lebertran und in Oelemulsion gelöst zur Anwendung zu bringen. Derartige Präparate, Eisensajodin-Lebertran resp. Eisensajodin-Emulsion genannt, werden von der Schweizer Apotheke Max Riedel, Berlin W. 8, in den Handel gebracht. Der Eisensajodin-Lebertran ist eine Lösung des Eisensajodins in aromatisiertem, durchaus schmackhaftem Lebertran; die Eisensajodin-Emulsion, aus geschmackfreiem Oel hergestellt, ist eine dicke, ein wenig aromatisierte Emulsion. Je 10 ccm beider Flüssigkeiten enthalten 0,02 g Jod und 0,008 Eisen. Ich habe Eisensajodin-Lebertran in 10 Fällen von lymphatischer Diathese angewendet, d. h. bei Kindern mit großen Halsmandeln, adenoiden Vegetationen und Drüsenschwellungen. In allen Fällen habe ich beobachtet, daß das Präparat gern genommen wurde, daß die Kinder sogar selbst daran erinnerten. Mit dem Erfolg bei diesen Zuständen war ich sehr zufrieden; das Allgemeinbefinden hob sich, die Kinder wurden munterer. Niemals sind irgendwelche Nebenwirkungen (Diarrhöen) aufgetreten. In der wärmeren Jahreszeit dürfte es sich empfehlen, der Eisensajodinemulsion mit einem Gehalt von ca. 30 proz. Oel den Vorzug zu geben. In dem Eisensajodin-Lebertran und der Eisensajodin-Emulsion liegen zum ersten Male wohlschmeckende, bekömmliche Jodeisenpräparate vor, welche das organisch gebundene Jod erst im Darmkanal langsam abspalten und ausgezeichnet vertragen werden.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Neuere Arbeiten über Schwarzwasserfieber, besprochen von San.-Rat Dr. **Kronecker** (Berlin-Steglitz). [Schluß.]

Die Darreichungsform des Cholestearins betreffend, so glaubt Külz, daß es ebenso gut als in Olivenöl auch trocken oder in irgendeiner Flüssigkeit verrührt gegeben werden kann. Es empfiehlt sich übrigens, das Mittel nicht allein als Antihämolyticum während des Schwarwasserfieberanfalls, sondern auch noch bei der nach demselben stets zurückbleibenden Ueberempfindlichkeit gegen Chinin zu erproben.

Wenn K. im Beginn seiner Arbeit ausführt, daß er vorzugsweise die von ihm unter Gruppe 2 genannten relativ seltenen Fälle von cyklischer Hämoglobinurie für geeignet zur Cholestearinbehandlung halte, so will er damit keineswegs sagen, daß sie sich nicht auch bei frisch zur Beobachtung kommenden Erkrankungen an Schwarzwasserfieber gelegentlich gut bewähren wird und hier eines therapeutischen Versuches wohl wert ist. Nur darf aus einzelnen Erfolgen noch kein Beweis für die Wirksamkeit des Mittels hergeleitet werden, es sei denn, daß die Cholestearinbehandlung ihre Ueberlegenheit über andere Methoden an großem Material erweist.

Pribram, Morgenroth und Reicher erzielten im Tierversuch eine gute Resorption des Cholestearins, wenn sie es nach dem Vorgange von Külz in Olivenöl gelöst gaben. Als Pulver per os gereicht scheint es hingegen schlecht resorbiert zu werden, wie weitere von Reicher angestellte Experimente beweisen. Daher ist der von Külz zuerst gewählten Form: Lösung in Olivenöl und Darreichung gemischt mit Milch, unbedingt der Vorzug einzuräumen. Nun hat inzwischen Seyffert, Bahnarzt in Kamerun, 6 weitere Fälle von Schwarzwasserfieber auf die obengeschilderte Art mit Cholestearin behandelt und hierüber Grimm[10]) brieflich berichtet. Von diesen 6 Fällen endete einer tödlich, doch konnte hier mit der Cholestearindarreichung

[10]) Grimm (Charlottenburg): Bemerkungen zur vorhergehenden Arbeit. Menses Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Jahrg. 1910, Bd. 14, S. 743/44.

erst begonnen werden, als bereits Anurie eingetreten war. Die anderen 5 Patienten genasen. Unter diesen letzteren war ein Fall nach Seyfferts Meinung für den Erfolg der Cholestearintherapie direkt beweisend. Seyffert schreibt darüber an Grimm folgendermaßen: „In diesem Falle glich die Cholestearinbehandlung einem exakten Experiment. Nach einigen Dosen wurde der Urin klarer, nach weiteren Gaben auch chemisch frei von Hämoglobin. Sobald (auf Wunsch des Patienten) mit Cholestearin ausgesetzt wurde, kehrte das Schwarzwasserfieber wieder. Im ganzen vier solcher Rückfälle! Darauf wurde anhaltend, auch noch 2 Tage nach Aufhören der Hämoglobinurie, Cholestearin weiter gegeben. Patient vertrug bereits am zweiten Tage 1 g Chinin in kleinen Einzeldosen."

Auch das Arsenik hat, und zwar in Gestalt von Arsenophenylglycin, in einem verzweifelten Falle von Hämoglobinurie lebensrettend gewirkt. Skrodzki[11]) gelang es als Regierungsarzt beim Kaiserl. Gesundheitsamt in Togo im Königin-Charlottenkrankenhause der Hauptstadt Lome einen sehr schweren Fall von Schwarzwasserfieber, charakterisiert durch beinahe täglich rezidivierende, scheinbar essentielle Anfälle von Autoerythrocytolyse, mit Injektionen von Arsenophenylglycin zu heilen. Es handelte sich um einen Beamten, welcher seit 5½ Jahren mit einigen Urlaubsunterbrechungen im Schutzgebiet Togo diente. Trotz energischer, systematisch durchgeführter Chininprophylaxe hatte er schon einige leichtere Malariaanfälle durchgemacht, als er während seiner dritten Dienstperiode Ende Juli 1910 nach anstrengenden Ritten schwerer erkrankte. Nachdem er täglich 0,2 Chinin genommen, stellte sich am 12. August 1910 Schüttelfrost ein. Am 13. August sezernierte Patient stark hämoglobinhaltigen Urin. Dieser zweite Anfall ging bald vorüber; indessen folgte schon in der Nacht darauf ein dritter, an welchen sich ein einstündiger profuser Schweißausbruch schloß. Am Morgen des 14. August bestand noch große Schwäche, der Urin aber hatte sich aufgehellt. Der Kranke fand jetzt Aufnahme im Hospital, wo er alsbald unter heftigem Schüttelfrost den vierten Anfall bekam. Die Paroxysmen wiederholten sich nun täglich mit steigender Heftigkeit und brachten den Patienten mehr und mehr herunter. Die Nacht zum 20. August fieberte der Kranke wieder heftig. Am folgenden Morgen war er nach mäßigem Schweiß erschreckend elend. Mit dem fahlgelben Antlitz, dessen Haut sich wie trockenes Leder anfühlte, den tiefliegenden Augen, den wachsbleichen Fingern und dem immer schwächer werdenden Radialpuls machte er durchaus den Eindruck eines Sterbenden. Jetzt beschloß Skrodzki, den schon mehrfach erwogenen Versuch mit Arsenophenylglycininjektionen in großen Dosen zu wagen. V. Raven hatte nämlich an einem größeren Material von Schlafkranken den Nachweis führen können, daß jenes Mittel in Dosen von 50 bis 55 mg auf das Kilogramm Körpergewicht des Menschen, am besten auf zwei Injektionen verteilt, Trypanosomen sicher tötet. So erschien es nicht unwahrscheinlich, daß die gleiche Gabe auch Malariaparasiten zu vernichten imstande sei, vorausgesetzt, daß es gelang, die Arsenwirkung in hinreichender Stärke über einen Zeitraum von 2 mal 24 Stunden auszudehnen. Hierfür schien sich eine Doppelinjektion mit Intervall von 24 Stunden am besten zu eignen. Freilich durfte man sich nicht verhehlen, daß die Einspritzung von 3,13 bis 3,44 g eines Arsenpräparates entsprechned dem Körpergewicht von 62,5 kg des Patienten bei einem nahezu moribunden Menschen einen recht ernsten, gewagten Eingriff bedeutete. Andererseits mußte der Arzt sich klarmachen, daß hier etwas sehr Wirksames zu geschehen habe, und zwar ohne Verzug; denn jedes Abwarten bedeutete Verlust der letzten Chance! So wurde denn, nachdem das Gewicht des Kranken auf 62,5 kg festgestellt worden war — während der Wägung trat ein bedrohlicher Kollaps ein, welcher sich noch steigerte, als man den Patienten ins Bett zurücklegte — die erste Dose von 15 ccm einer 10 proz. Lösung von Arsenophenylglycin in die Glutealgegend gespritzt. Der Injektion folgten alsbald lebhafte Schmerzäußerungen und eine weitere Verschlechterung des Gesamtbefindens. Glücklicherweise blieben Temperatur und Puls konstant, und nach einer halben Stunde trat merkliche Besserung ein. Doch änderte sich während der folgenden 24 Stunden das Krankheitsbild nicht merklich. Am 21. August erhielt Patient um 11 Uhr morgens, genau 24 Stunden nach der ersten Injektion, die zweite Hälfte der ihm zugedachten Dosis mit 16,33 ccm eingespritzt. Die Schmerzhaftigkeit war diesmal unbedeutend, der Allgemeinzustand blieb unverändert, das Fieber mittelhoch.

Die nun folgende Nacht zum 22. August brachte längeren erquickenden Schlaf. Der Puls besserte sich und die Temperatur überstieg am 22. August nicht mehr 38°, zum ersten Male seit Beginn der Erkrankung! Auch die folgende Nacht verlief gut. Um so mehr überraschte am 25. August morgens bei relativem Wohlbefinden eine mikroskopisch nachweisbare Hämoglobinausscheidung — nach etwa sechstägiger Pause. Ferner fiel ein reichlicher, grobkörniger Niederschlag von Harnsäure auf. Hierdurch erschien der Urin dem Kranken höchst verdächtig und veranlaßte ihn zu unnötig reichlicher Zufuhr von Flüssigkeit, auf welche der geschwächte Magen am Nachmittage dieses Tages mit mäßigem Erbrechen reagierte. Während der folgenden Tage schlief Patient viel und erholte sich dabei merklich. Die Temperatur blieb subfebril mit guten Morgenremissionen. Der Kranke konnte mehr essen und sich ohne fremde Hilfe aufsetzen; auch seine Stimmung wurde zuversichtlicher. Nur quälten ihn, besonders abends, Leibschmerzen, deren Ursache wohl eine Atonie der schlecht ernährten Muskulatur des Darmes bildete. Mit Oel- und Kochsalzinfusionen sowie leichter Massage erzielte S. schnell Besserung, so daß Patient bereits eine Woche nach der zweiten Injektion das Bett auf eine Stunde verlassen konnte. Von da an verlief seine Genesung ungestört, und noch vor Ablauf einer weiteren Woche hatte der Rekonvaleszent 2,5 kg an Gewicht zugenommen und konnte kleine Spaziergänge im Garten machen. Der Hämoglobingehalt seines Blutes betrug rund 50 pCt. Am 7. September 1910, dem 18. Tage nach der zweiten Injektion, wurde er entlassen, um die Heimreise nach Deutschland anzutreten.

Wohl dürfen wir, so bemerkt Verf. epikritisch, aus diesem kaum mehr erwarteten günstigen Ausgange post hoc nicht unbedingt auf propter hoc schließen. Indessen gibt Malaria im Anschluß an Hämoglobinurie mit weitgehender Intoleranz gegen Chinin und ihrer für einen tropischen Kachektiker gewiß mehr als zweifelhaften Prognose gewiß noch häufig Gelegenheit, eine Therapie nachzuprüfen, welche nach glücklichem Erfolge uns eine wirksame Waffe gegen einen bisher unbesiegten Gegner in die Hand drückt.

Zum Schluß sei einer Medikation gedacht, deren sich die Eingeborenen der ungesunden, von Schwarzwasserfieber schwer heimgesuchten Insel Madagaskar bereits seit langem mit gutem Erfolge bedienen.

Schon an sich erscheint die Anwendung einheimischer Drogen gegen eine an Ort und Stelle herrschende Krankheit sehr rationell, ebenso natürlich als vielversprechend. Besonders dann verdient sie unsere Beachtung, wenn die in dieser Beziehung sehr erfahrenen und kenntnisreichen Farbigen jene Droge als Schutz- oder Heilmittel gegen die in ihrem Lande endemisch auftretenden Erkrankungen mit Erfolg verwenden. Durch derartige Medikamente hat unser Arzneischatz, namentlich, wo es sich um Bekämpfung der Tropenkrankheiten handelt, schon wertvolle Bereicherung erfahren. Ich erinnere nur an die Verwendung der Campechi und Simaruba gegen Tropendysenterie.

Dem französischen Forscher Fantoyuont[12]) ist es also gelungen, einer Droge habhaft zu werden, welche die Bewohner Madagaskars schon seit alters her gegen Hämoglobinuria malarica verwenden. Er verdankt die Kenntnis derselben der Güte eines eingeborenen, an der Medizinschule von Tananariva, der Hauptstadt der Insel, wirkenden Arztes. Es handelt sich um die Blätter eines auf allen größeren Inseln Afrikas wild wachsenden Strauches *Aphloia theaeformis*, welche jenes Medikament enthalten. Diese Blätter sind klein, ihre Ränder sägeförmig gezahnt, wovon der lateinische Name der Pflanze rührt. Aus denselben bereitet man einen Tee, welcher sowohl per os als per clysma Anwendung findet. 30 g der Blätter werden mit 1 Liter Wasser abgerührt, und der Patient hat dann möglichst viel von diesem Infus bitter oder gesüßt zu trinken. Chinin soll unbedingt, auch wenn Fieber besteht, fortgelassen werden. Schon nach wenigen Stunden zeigt sich eine günstige Wirkung auf die Urinsekretion. Dieselbe steigert sich und der Harn hellt sich meist auf, während er freilich in schweren Fällen noch tagelang dunkel zu bleiben pflegt. Bei vielen Patienten, Farbigen wie Weißen, konnte F. völlige Heilung feststellen.

Der Autor beschreibt zum Schluß seiner Arbeit eine sehr einfache, schnell und leicht ausführbare, freilich nicht ganz neue Urinprobe, deren er sich zum Zwecke der Unterscheidung ikterischen und Blutfarbstoff führenden Harns bedient. Enthält der Urin Hämoglobin, so beginnt er nach Zusatz weniger Tropfen von Wasserstoffsuperoxyds zu schäumen. Stammt er hingegen von einem Ikterischen und sind nur Gallenfarbstoffe oder Gallensäuren vorhanden, so tritt keine oder nur schwache Reaktion auf.

Rigaud[13]) kann die günstigen Berichte seines Landsmannes Fantoyuont dank eigener sehr ermutigender Erfolge mit den Blättern des Aphloia theaeformis durchaus bestätigen. Er verwendet dieselben halb getrocknet. Völlige Austrocknung setzt ihre Wirkung herab. 30 g der Blätter reichen für ½ Liter Wasser aus, in welchem sie ½ Stunde abkochen müssen. Man lasse anfangs zwei Liter des Dekoktes in einem Zeitraum von 24 Stunden trinken und verringere die Dose, sobald sich der

[11]) W. Skrodzki: Arsenophenylglycin bei Hämoglobinurie. Menses Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Jahrg. 1910, Bd. 14, S. 107 u. ff.

[12]) Fantoyuont: La fevre bilieuse hemoglobinurique a Tananarive. Presse medicale, 1908, No. 73, S 577.

[13]) Rigaud: Traitement de la fievre bilieuse hemoglobinurique par la decoction de Voitosty (Aphloia madagacariensis). Annales de med. et d'hyg. col. 1909.

Urin zu klären beginnt. Chinin ist während der gesamten Dauer des Anfalles wegzulassen.

Alle Freunde unserer Kolonialpolitik können nur wünschen und hoffen, daß die ermutigenden Erfahrungen der französischen Forscher sich in vollem Maße bestätigen mögen! Wir hätten dann in den Blättern der Aphloia theaeformis eine Droge, welche sich zum Unterschiede von den obenbesprochenen höchst differenten, nur in der Hand eines sehr erfahrenen Tropenarztes verwendbaren Medikamenten in hervorragendem Maße für die Laienpraxis eignet. Das erscheint um so willkommener, weil das tückische Schwarzwasserfieber unsere Landsleute meist mitten im Busch, auf Expeditionen oder einsamen, entlegenen Stationen zu packen pflegt, wo sie, fern von jeder ärztlichen Hilfe, ganz allein auf sich selbst angewiesen sind!

Dr. **J. Pick** (Berlin-Charlottenburg): **Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Dysbasia angiosclerotica.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. berichtet über 13 Fälle von Dysbasia angiossclerotica oder intermittierendem Hinken, die er in letzter Zeit beobachtet hat. Es waren sämtlich Männer. Unter den Patienten waren 3 Juden und 10 Nichtjuden; das Lebensalter der Patienten lag zwischen 48 und 72 Jahren. Sämtliche 13 Fälle zeigten mehr oder weniger ausgesprochene Symptome von Arteriosklerose. Was nun die evtl. in Betracht kommenden ursächlichen Schädlichkeiten der Dysbasia angiosclerotica anlangt, so waren zunächst alle 13 Patienten Raucher, 6 davon enorme, 7 mäßige. Bei 2 der 6 enormen Raucher lag gleichzeitig Lues, bei einem Diabetes vor. Von den 7 mäßigen Rauchern hatten 2 Lues, einer Gicht, einer Ueberanstrengung im Beruf, einer Aufregung im Beruf und eine wochenlang dauernde schwere Angina, nach deren Ablauf das Leiden begann, einer eine arteriosklerotische Schrumpfniere. Die Therapie der Erkrankung ist eine kausale; vor allem ist die Arteriosklerose zu bekämpfen. Statt der Jodpräparate per os wendet Verf. Jodnebelinhalation an, die keinen Jodismus hervorruft und den Magen nicht belästigt. Ferner ist die Zirkulation in den Unterschenkeln zu erleichtern. Verf. wendet, um dies zu erreichen, mäßige Unterdruckatmung an; während der Unterdruckatmung sind die Pulse erheblich deutlicher zu fühlen als vor der Atmung, oder wo vorher gar kein Puls zu fühlen war, wird solcher wieder fühlbar. Nach einer mehr als 4 Wochen dauernden Behandlung wurden die meisten Fälle gebessert.

Dr. **Karl Kolb** (Heidelberg): **Ueber Intestinalerscheinungen bei Basedowscher Krankheit und die Schwierigkeiten der Diagnose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Es gibt Fälle von leichtem Morbus Basedowii, in denen fast alle klassischen Symptome fehlen und nur schwere Diarrhöen bestehen. Derartige Fälle bereiten der Diagnose große Schwierigkeiten. In solchen Fällen hören nach der chirurgischen Behandlung der vergrößerten Schilddrüse die Diarrhöen auf. Schmieden hat vor kurzem über einen derartigen Fall berichtet, und Verf. teilt einen analogen Fall aus der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik mit. Bei einem 45 jährigen Patienten bestand seit Jahren eine Struma, die in den letzten 6 Jahren besonders gewachsen war, sich auch substernal entwickelt hatte und Atembeschwerden durch Trachealstenose und diffuse Bronchitis verursachte. Außerdem bestanden eine Mitralinsuffizienz sowie Durchfälle seit 15 Jahren, gegen welche bisher nichts geholfen hatte. Der Puls war regelmäßig, 72 in der Minute. Nach der teilweisen Exstirpation der vergrößerten Schilddrüse, die im übrigen gut verlief, hörten sofort die Durchfälle auf und kehrten auch später nicht wieder. Verf. sieht den Fall als symptomenarmen sekundären Basedow an. Man soll nach ihm in allen Fällen von therapeutisch nicht beeinflußbaren Diarrhöen, die sich klinisch durch einen objektiven Befund im Abdomen nicht erklären lassen, an die Möglichkeit eines verkappten incipienten Morbus Basedowii denken. R. L.

Dr. **F. Gudzent**, Assistent der 1. med. Klinik in Berlin: **Beiträge zur luetischen Erkrankung der Gelenke und Muskeln.** (Charité-Annalen, 35. Jahrgang.)

Beschreibung von 2 Fällen, in denen zeitweise Polyarthritis chronica bezw. Muskelrheumatismus mit Polyarthritis chronica angenommen wurde, indessen das unsymmetrische Befallensein der Gelenke, die anamnestisch festgestellte Lues und der positive Wassermann auf die luetische Natur der Erkrankung hindeuteten. In einem Falle brachte Salvarsan offensichtlichen Erfolg, nachdem frühere Anwendung von Salvarsan, ebenso von Sublimat und Jodipin resultatlos gewesen war und Kalomel nur vorübergehende Besserung ergeben hatte. Im zweiten Falle führten nach vergeblicher Aspirin- und Heißluftbehandlung intramuskuläre Jodipininjektionen prompt zum Ziele. Die heftigen Schmerzen in der Nackenmuskulatur verringerten sich und waren bei der Entlassung, nach 5 Injektionen, so gut wie ganz verschwunden. Das vorher sehr schmerzhafte Wenden und Drehen des Kopfes war ohne Behinderung möglich; eine Geschwulst auf dem Fußrücken hatte sich fast vollkommen zurückgebildet. Wassermann negativ. —r—

Chirurgie (einschließlich Urologie).

W. Pogossowa: Operationstechnik und Nachbehandlung der Carcinome der Zungenbasis. (Dissertation, Bern 1912.)

Zur Exstirpation der Carcinome der Zungenbasis ist die Pharyngotomia subhyoidea die geeignetste Methode. Da gewöhnlich Drüsenschwellungen schon vorhanden sind, wird es csih empfehlen, zuerst in gewöhnlicher Narkose die Drüsenexstirpation mit dem Galgenschnitt auszuführen, dann wird die Tracheotomia inferior gemacht. Die Narkose wird in Kopftieflage fortgesetzt, dann zuerst die Membrana thyrohyoidea eröffnet, der Kehlkopf tamponiert und die Entfernung des erkrankten Teiles der Zunge vorgenommen. Zur Nachbehandlung ist die offene Behandlung, die die Heilung sehr verzögert und nachträgliche Plastiken nötig macht, nicht notwendig, wenn man die Kopftieflagerung anwendet. Alle 3 Patienten des Verfassers (Klinik Tavel) haben Drüsenrezidive bekommen und schließlich auf weitere Operationen verzichtet, dagegen ist in keinem der drei Fälle ein lokales Rezidiv entstanden. (Das sehr dürftige, unorthographische Deutsch, in dem vorliegende Arbeit abgefaßt resp. gedruckt ist, beweist, daß anscheinend auch in der Schweiz die Herren Fakultätsreferenten die Arbeiten, denen sie das Imprimatur erteilen, kaum anschauen. Auch bei uns gibt es noch einige solche Herren Fakultätsreferenten. Ref.) F.

Max Marcuse (Berlin): **Ueber Atonie der Prostata.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 45.)

Die Prostataatonie ist nach den Beobachtungen des Verfassers nicht selten. Am häufigsten sah er sie bei Männern im Anfang des dritten, demnächst im Anfang des sechsten Lebensjahrzehnts. Die Diagnose wird durch den Palpationsbefund gesichert: Man fühlt vom Rektum aus statt des — bei Erwachsenen — kastanienförmigen, ziemlich festen, dem Fingerdruck etwa nach Art eines Gummiballes nachgebenden, unschwer abgrenzbaren Prostatatumors entweder einen schlaffen, wie leeren und in sich zusammengefallenen Beutel oder eine ganz flache, sehr weiche und lockere Vorwölbung, die unscharf in das Nachbargewebe übergeht; diese Veränderungen betreffen in der Regel das ganze Organ, können sich aber auch auf einen Lappen und sogar Teile dieses beschränken. Bei Knaben ist der Befund naturgemäß viel schwerer zu erheben, weil hier schon normalerweise die Prostata kaum angedeutet ist; dennoch kann es bisweilen gelingen, die Diagnose auf Grund der auffallend lockeren und schlaffen Konsistenz der betreffenden Gewebspartie zu stellen. — Die Empfindlichkeit der atonischen Prostata scheint im allgemeinen eher geringer zu sein als die der normalen; eine deutlich erhöhte Sensibilität auf Druck und bei Massage hat Verf. nie festzustellen vermocht. Daß — bei Erwachsenen — aus der atonischen Prostata exprimierbare Sekret braucht sich von dem normalen Prostatasekret nicht zu unterscheiden. In vielen Fällen lassen sich aber Differenzen beobachten, die sich im einzelnen nach der besonderen Ursache der Erkrankung bestimmen. Oefter führt z. B. die gonorrhoische Prostatitis zu einer Atonie; daß in diesen Fällen Eiter und Gonokokken in dem Ausstrichpräparat gefunden werden können, versteht sich von selbst. Leukocyten scheinen regelmäßig in dem Sekret der atonischen Prostata vorzukommen, fehlen aber auch in dem normalen Sekret kaum je völlig, wenn sie hier auch meist viel spärlicher angetroffen werden. Auch die Prostatakörner sind in der Mehrzahl der Fälle von Prostataatonie reichlicher vorhanden als in der Norm. Eine größere Bedeutung kommt allem Anschein der Beobachtung zu, daß bei der atonischen Prostata das Rohledersche Experiment vielfach gar nicht oder nur mangelhaft gelingt; darauf hinzielende Versuche sind angesichts des sehr häufigen Zusammentreffens von Spermatorrhoe und Prostataatonie leicht anzustellen und sehr lehrreich; das spermatorrhoische Sekret zeigt unter dem Mikroskop meist nur wenige, sich sehr träge bewegende Samenzellen; durch Zusatz des durch Expression der Prostata gewonnenen Sekrets wird die Beweglichkeit — wenn die Prostata deutlich atonisch ist — nicht oder kaum, dagegen bei normaler Prostata erheblich gesteigert; die Wirkung des Sekrets der atonischen Prostata nach dieser Richtung hin ist manchmal noch geringer als die von physiologischer Kochsalzlösung. Dieses Phänomen ist jedoch namentlich dann nicht oder nur andeutungsweise vorhanden, wenn dem exprimierten Prostatasekret reichlich Samenblasenextrakt beigemischt ist, und das ist bei der Atonia prostatae anscheinend besonders häufig der Fall.

Die häufigsten und wichtigsten Symptome der Prostataatonie bestehen in pathologischen Sexualausflüssen, insbesondere libidinösen Urethrorrhöen, Spermatorrhöen und Pollutionen. Sowie die Prostata am Blasenverschluß stark beseitigt ist, so wirkt sie mit ihren den Ductus ejaculatorius umgebenden zirkulären Muskelbündeln am Samenblasenverschluß entscheidend mit, und bei einer Atonie der Prostatamuskulatur wird natürlich unter Umständen jene Schließung nicht so vollkommen sein wie in der Norm. Diese Unvollkommenheit des Schließens

wiederum hat die mannigfaltigsten Störungen der Sexualfunktionen zur Folge. Bei Masturbanten und Nichtmasturbanten, bei Enthaltsamen und Excedenten, die über Sexualausflüsse klagten, hat Verf. die Prostataatonie feststellen können; je häufiger die Ausflüsse auftraten, um so sicherer und deutlicher war die Prostataatonie vorhanden. Zu den Folgezuständen der Prostataatonie gehört auch die Enuresis nocturna.

Die Therapie der Prostataatonie ist im allgemeinen aussichtsreich und dankbar. In den das Hauptkontingent stellenden Fällen junger und jüngerer Sexualneurastheniker mit Prostataatonie führt eine einfache, wenn systematisch durchgeführte Lokalbehandlung der atonischen Prostata fast immer zum Ziele. Fast immer reichte Verf. mit der Massage und Hitze-Kälte-Einwirkung aus. Kr.

Gynäkologie.

Dr. **Nohl**, prakt. Arzt in Müllheim, Baden: **Zur Aetiologie und Therapie der Mastitis puerperalis.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 46.)

Die bis jetzt geltende Lehre über die Entstehung der Mastitis und die danach getroffene Unterscheidung in sogenannte einfache Stauungsmastitis und in die phlegmonöse eitrige Form, letztere von infizierten Schrunden der Brustwarze ausgehend, ist nach Schillers Darlegungen (Zur Pathologie und Therapie der laktierenden Mamma. Aerztl. Mitteilungen aus und für Baden, 1911, No. 8 u. 9) ungültig. Sch. betont, daß die Infektionswege von der Rhagade aus doch kutan, subkutan und interstitiell sich fortsetzen müßten, während die Mastitis gleich parenchymatös beginnt und der prämammäre subkutane Absceß selten ist. Die Mastitis bleibt lange streng lokal und beschränkt sich zunächst auf einen Drüsenlappen; sie entsteht auch, wo keine Schrunden der Mammilla vorhanden sind; sie führt selten zu Pyämie. Viel wahrscheinlicher scheint es dem Autor da, eine Analogie mit den Stauungsentzündungen in der Gallenblase, Nierenbecken, Blase, Talgdrüsen der Haut anzunehmen. Die in den Milchkanälchen saprophytisch lebenden Mikroorganismen werden auf dem guten Nährboden der gestauten Milch pathogen. Das häufige Zusammentreffen von Rhagaden und Mastitis erklärt sich nun sehr einfach so, daß bei Schrunden die Schmerzhaftigkeit des Saugaktes eine ungenügende Entleerung der Brust verschuldet. Aber es gibt noch mehr Gelegenheiten, die auf dem Umwege der Stauung zur Mastitis führen; außer dem durch irgendeine Notwendigkeit verursachten Absetzen des Kindes sind hier zu schwaches Saugen, zu häufiges oder jeweils doppelseitiges Anlegen des Kindes und Hohlwarzen zu nennen. Rascher Wechsel in der Milchabsonderung, wie er durch Verminderung jeweils vor dem Termin der Menses auch ohne Eintreten der Menstruation und dann durch Vermehrung sich zeigt, oder die verminderte Inanspruchnahme der Brust bei reichlicher Milchabsonderung bei Frauen, die in der Klinik eventuell zwei Kinder gestillt haben und nach der Entlassung nur noch ihr eigenes Kind zu stillen brauchen, erzeugen ebenso Inkongruenz zwischen Sekretion und Abfluß. Jede einfache Stauungsmastitis kann der Anfang einer Phlegmone sein, wobei die anderen Acini nach Nichtgebrauch der erkrankten Brust sich mit Milch auch anfüllen und vereitern können und bei völligem Abstillen des Kindes auch die noch gesunde Brust erkranken kann. So kommt dann oft die doppelseitige Mastitis zustande.

Prophylaktisch richtet Schiller seine Therapie zunächst auf die Heilung der Rhagaden. Es werden zu ihrer Vermeidung respektive Ausheilung vierstündige Nahrungspausen gemacht, so daß jede Brust in 48 Stunden fünfmal entleert wird; bei Schrunden wird eine Naphthalansalbe appliziert (Ac. bor. 5,0, Zinc. oxyd. 10,0, Naphthalan, Adip. lan. ää 25,0), von der die Mammilla vor dem Trinken des Kindes jeweils mit Oel und Watte gereinigt wird. In zwei bis drei Tagen sind die Fissuren meist geheilt. Im Notfall muß man sich eines Saughütchens bedienen, das aber, auch wenn es die Milch leidlich entleeren läßt, doch die Ergiebigkeit der Brust entschieden mindert. Schiller ließ sich durch Rhagaden nie zum Rate des Abstillens zwingen. Das akute Ekzem der Mammilla behandelt er auch wie üblich mit Puder und Salben (Naphthalansalbe), eventuell bei Nässen mit feuchten Umschlägen. Ist nun trotzdem aus diesen oder anderen Ursachen, wie zu häufiges oder zu seltenes Anlegen oder zu schwaches Saugen des Kindes oder sonstwie, eine Mastitis im Anzuge, so empfiehlt Schiller mit anderen vor allem die Biersche Saugglocke, aber diese nicht allein, sondern er legt großen Wert auf regelmäßige Entfernung der gestauten Milch auf irgendeine Weise. Die Milch wird nach der Applikation der Saugglocke, die einbis zweimal täglich ¾ Stunden lang streng nach Bierscher Vorschrift geschieht, mit der Milchpumpe oder durch Ausstreichen der Brust entfernt. Dies soll auch jedesmal dann geschehen, wenn das Kind an der gesunden Brust, an der es unter allen Umständen weitertrinken soll, angelegt wurde. Zwei- bis dreimal täglich soll auch die kranke Brust benutzt werden, nachdem vorher ein genügendes Quantum Milch durch Abpumpen oder Ausdrücken entleert worden ist, so daß mit der Entleerung bei der Bierschen Glocke die Brust mindestens dreimal im Tage gründlich ausgesaugt wird. Die Mastitismilch schadet dem Kinde nicht oder nicht ernstlich. In den Pausen werden nach Einfetten der Mammilla 50 proz. Alkohol- oder 2 proz. Liquor-Al.-ac.-Umschläge gemacht und die Brust unter mäßiger Kompression hochgebunden, so daß die Brustwarze in der Mitte der Brust steht. Dabei wird Bettruhe eingehalten. Tritt nun trotzdem Vereiterung ein, was viel seltener als früher geschieht, so kann man, falls der Absceß klein ist und die Inzision genügend weit von der Brustwarze entfernt liegt, durch entsprechenden Verband das Stillen auch an der kranken Brust noch weiter ermöglichen, während das Saugen an der gesunden Brust auf jeden Fall weiter geschehen soll. Schiller hält das Saugen selbst für heilsam im Bierschen Sinne durch Erzeugen aktiver Hyperämie, die auch beim Stillen nur an einer Seite in beiden Brüsten erzielt wird. Ist die Abscedierung nicht zu umgehen, in Fällen, wo man zu spät gerufen wurde, so empfiehlt sich breite Eröffnung und Dränage, Weiterstillen des Kindes an der gesunden, baldiges Zurückführen an die kranke Brust.

Verf. vorliegender Arbeit hat in einem schwierigen Falle nach diesen Grundsätzen mit Erfolg gehandelt. Kr.

Dr. **Bamberger** (Kronach): **Totalgangrän der Mamma als Teilerscheinung puerperaler Sepsis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Eine 26jährige Frau, II para, erkrankte nach einer leichten spontanen Geburt an höherem Fieber. Trotzdem das Kind nicht angelegt wurde, trat unter Fortdauer des Fiebers eine starke, schmerzhafte Anschwellung der linken Mamma ein. Eine radiäre Inzision am unteren äußeren Quadranten entleerte nur geringe Mengen einer trübserösen Flüssigkeit. Drei Tage später war die ganze linke Mammagegend tiefblauschwarz verfärbt. Was die Unterleibsorgane anlangt, so war der Uterus im kleinen Becken, linkes Parametrium ein wenig druckempfindlich, sonst kein Befund. Offenbar lag eine Totalgangrän der linken Mamma vor, wahrscheinlich infolge einer Embolie der Arteria mammaria, die von einer primären Thrombose der Arteria uterina ausgegangen war. Es wurde nun die ganze linke Mamma abgetragen, wobei fast keine Blutung erfolgte. Nach 6 Tagen trat jedoch bei Fortdauer der septischen Erscheinungen der Tod infolge Erschöpfung ein.

Hygiene.

Prof. Dr. **Max Schottelius** (Freiburg i. B.): **Chlorkresoltabletten „Grotan".** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

„Grotan" ist die Bezeichnung für eine von der Firma Schülke & Mayr dargestellte und in den Handel gebrachte komplexe Kresol-Alkaliverbindung, welche als festes wasserlösliches Desinficiens in der Praxis Verwendung finden soll. Das Grotan — eine Chlorkresol-Alkaliverbindung — wird in Aluminiumröhrchen mit je 12 Tabletten von je 1 g (Preis 1 M.) verkauft. Das fast geruchlose Präparat ist in kaltem Wasser nur bis etwa 2 pCt. löslich; in lauwarmem Wasser tritt die Lösung der Tabletten sehr rasch ein. Verf. prüfte das neue Präparat hinsichtlich seines Desinfektionswertes, und zwar sowohl an Typhusdejektionen, Staphylokokken- und Streptokokkeneiter, wie auch an Aufschwemmungen von Reinkulturen der betreffenden Bakterien. Die Wirkung des Grotans auf Tuberkelbacillen im Sputum wurde mittels Tierversuche studiert. Es zeigte sich, daß Grotan in 0,5 proz. Lösung nach 5 Minuten langer Einwirkung sämtliche Infektionskeime vernichtet. Durchschnittlich genügte schon eine 0,33 proz. Lösung. Eine 0,25 proz. Lösung tötet erst in 20—30 Minuten die obengenannten Bakterien ab. Die Wirkung des Präparats auf Milzbrandsporen ist etwas geringer; eine 1 proz. Lösung tötet Milzbrandsporen in 20 Minuten ab. Eine 0.5 proz. Grotanlösung vernichtet ferner Tuberkelbacillen im Sputum nach einer Einwirkung von 10 Minuten. — Tierversuche ergaben, daß das Grotan verhältnismäßig wenig giftig ist; auch eine Aetzwirkung des Grotans auf die menschliche Haut ist kaum vorhanden. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Interne medikamentöse Therapie (einschl. Balneotherapie).

Dr. **Marcell Lauterbach** (Wien): **Zur Prophylaxe der Erkrankungen der Atmungswege und insbesondere der Lungenschwindsucht.** (Klinisch-therapeut. Wochenschrift, 1912, No. 47.)

Verf. weist darauf hin, daß häufiger Schnupfen, Bronchialkatarrhe und Schwächezustände einen günstigen Boden für die Ansiedelung und für das Gedeihen der Tuberkelbacillen abgeben, daß wir aber selten einen Schnupfen oder leichten Bronchialkatarrh mit dem erforderlichen Ernste therapeutisch angehen. Dieselben Aerzte, welche Anämien und Chlorose mit der nötigen großen Sorgfalt behandeln, können sich nicht dazu entschließen, einen an Schnupfen Erkrankten ins Bett zu weisen oder einen an einer unkomplizierten Bronchitis leidenden Kranken nebst Verordnung entsprechender Ruhe und Schonung

zu veranlassen, gegen seinen leichten Bronchialkatarrh entsprechend vorzugehen. Jeder Fall von Schnupfen und Bronchitis, insbesondere im kindlichen und jugendlichen Alter, bedarf sorgfältiger Beobachtung. Es ist hierbei absolute Ruhe geboten und nicht nur bei ausgesprochener Tuberkulose, sondern auch bei Bronchitiden sind nach Verf. die Kreosotpräparate am Platze, und zwar empfiehlt er als das beste Laktokreosot in Form von Syrupus Famel. Kr.

Dr. **Max Fraenkel: Erfahrungen über Behandlung der multiplen Sklerose mit Fibrolysin.** (Neurologisches Centralblatt, 1913, No. 1.)

Die schon früher von Nonne empfohlene Behandlung wurde an weiteren 54 Fällen im Eppendorfer Krankenhause und an 21 Fällen in der Privatpraxis versucht. Von den ersteren blieben 19, von den letzteren 14 unbeeinflußt. 15 zeigten Besserung einzelner Symptome und Hebung des Gesamtzustandes. Bei den übrigen 27 Fällen wurde erhebliche, bei einzelnen eine einer Heilung praktisch gleichkommende Besserung erzielt. Manche Krankheitserscheinungen, darunter auch nur objektiv nachweisbare, verschwanden gänzlich. In der Mehrzahl der Fälle bestand die Besserung hauptsächlich im Nachlassen der zuweilen erheblichen Spasmen. Besonders gute Dienste scheint die Fibrolysinbehandlung bei den schubweise rezidivierenden Fällen zu leisten. Sie ist einfach und ungefährlich und kann beliebig lange fortgesetzt werden, was von nicht zu unterschätzendem Einfluß auf die Psyche der Patienten ist, zumal, wenn der Arzt die Einspritzungen selbst vornimmt. Alle 3—4 Tage wird der Inhalt einer Ampulle Fibrolysin-Merck intramuskulär in die Nates injiziert. Die durch Krankenhausbehandlung gegebenen Bedingungen scheinen den Erfolg der Fibrolysintherapie unterstützen zu können. —r—

Dr. **Ernst R. W. Frank** (Berlin): **Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. hat das von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. dargestellte Präparat Adamon als Sedativum bei Erregungszuständen im Bereich der Sexualorgane verwendet. Adamon ist seiner chemischen Zusammensetzung nach ein Dibromdihydrozimmtsäureborneolester; es ist geruch- und geschmackfrei und enthält je etwa 35 pCt. Brom und Borneol in leicht abspaltbarer Form. Es ist in Wasser unlöslich, dagegen leicht löslich in Aether, Chloroform und Tetrachlorkohlenstoff. Verf. gab das Adamon zuerst in Pulvern, später in Tablettenform und in der Durchschnittsdosis von 3 g, und zwar in drei auf die drei letzten halben Stunden vor dem Einschlafen verteilten Teilen; nur in besonderen Fällen wurde das Präparat in höheren Dosen oder während des Tages gegeben; es wurde auch in Dosen von 6 g innerhalb 2 Stunden ohne jede Nebenwirkung gut vertragen. In 12 Fällen von schmerzhaften, schlafstörenden Erektionen und gehäuften Pollutionen bei akuter Gonorrhoe wurde Adamon gegeben; in allen Fällen mit Ausnahme eines Falles wurden die Beschwerden prompt beseitigt. Auch bei Reizerscheinungen, die im Gefolge von operativen Eingriffen im Bereich der Sexualorgane (Prostatektomien, Urethrotomien wegen Harnröhrenstrikturen, Kaustiken etc.) auftraten, bewährte sich Adamon als Sedativum. Endlich wirkte Adamon beruhigend in einem Falle von pathologisch erhöhtem Geschlechtstrieb bei einer Frau.

Prof. **Erich Harnack** (Halle a. S.): **Ueber die Arsenquellen zu Dürkheim.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Vor etwa 6 Jahren wurde in den Kochsalzquellen des Badeortes Dürkheim in der Pfalz bei einer gelegentlichen Analyse ein verhältnismäßig sehr hoher Arsengehalt entdeckt. Am arsenreichsten erwies sich die Maxquelle, welche bisher nur zur Salzgewinnung auf dem Gradierwerk Verwendung gefunden hatte. Diese Quelle, ein lauer, erdalkalisch-muriatischer Kochsalzsäuerling, enthält 17,4 mg As_2O_3 pro Liter; sie steht unter allen bekannten Arsenquellen ihrem Arsengehalte nach an zweiter Stelle; nur das Roncegnowasser hat einen noch höheren Arsengehalt. Bei einem sehr geringen Eisengehalt enthält die Maxquelle hauptsächlich die Chloride des Natriums, Calciums, Magnesiums, Kaliums, sowie die Hydrokarbonate des Calciums und Magnesiums, außerdem etwas Brom nud Jod, Kieselsäure, Borsäure, Aluminium und die selteneren Alkalimetalle. Die Maxquelle ist ferner reich an radioaktiven Stoffen, welche sich im Quellwasser, den Quellgasen und namentlich in dem Sinter vorfinden. Das Wasser, das sich in verschlossenen Flaschen längere Zeit klar und unverändert hält, setzt nämlich bei offenem Stehen an der Luft einen schweren Sinter (auf 50 Liter etwa 10 g) ab, der zugleich den ganzen Arsengehalt einschließt und mit 10,7 pCt. das arsenreichste unter allen bisher bekannten natürlichen Quellsedimenten ist. — Zu Versandzwecken eignet sich die Maxquelle ganz besonders. Gegenwärtig steht auch die Kur mit dem versendeten Wasser im Vordergrunde, aber auch bei der Kur an Ort und Stelle sind sehr günstige Resultate erzielt worden, besonders in der pfälzischen Kinderheilstätte zu Dürkheim. Die Maxquelle, die in graduierten Viertelliterflaschen in den Handel gebracht wird, wird nach Verf. wohl in allen Fällen von innerlicher Anwendung die offizinellen anorganischen Arsenpräparate, wie den Liquor kalii arsenicosi, ersetzen können. Der Arsengehalt des Wassers ist nach den bisherigen Feststellungen konstant. Die Anzeigen für die Kur mit der Maxquelle sind die für die Arsenanwendung auch sonst gültigen. Im Durchschnitt sind bereits sehr kleine Dosen wirksam, die man stets sogleich nach der Mahlzeit, also nie auf leeren Magen, verabreichen soll. Bei empfindlichem Magen kann man jede Dosis mit dem gleichen Volumen Wasser verdünnen, was eine isotonische Salzlösung ergibt. Gewöhnlich steigt man mit der Dosis zuerst und geht dann wieder mit der Dosis herab. Bei Erwachsenen wird meist von 3 mal täglich je 15—20 ccm auf 3 mal täglich je 70—100 ccm gestiegen. Bei Kindern sind die Gaben dem Lebensalter entsprechend zu reduzieren. Natürlich ist bei dem Gebrauch der Dürkheimer Maxquelle eine ständige ärztliche Ueberwachung erforderlich. R. L.

Externe medikamentöse Therapie.

Cand. med. **Elisabeth Cammert** (Halle): **Erfahrungen mit Noviform.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 47.)

Verf. berichtet über die in der Chir. Universitäts-Poliklinik in Halle mit Noviform gemachten Erfahrungen. Es wurde mit durchaus günstigem Erfolge verwendet. Wegen der Feinkörnigkeit kommt das Noviform mit den betreffenden Gewebspartien in innigste Berührung, ohne indes bedrohliche Intoxikationserscheinungen hervorzurufen, da seine Unlöslichkeit die Resorption ausschließt. Man beschränkte sich auf die therapeutische Benutzung des Noviforms als Pulver, 10 proz. Salbe und Gaze, mit Noviform imprägniert. Stäbchen, Globuli und Noviformemulsion (10 proz. in Oleum oliv.) wurden nicht angewendet. Verfasserin präzisiert die Erfahrungen dahin: Schon nach einigen Verbandswechseln zeigten die mit Noviform behandelten infizierten Schnitt- und Quetschwunden mit ehedem eitrigem Belag eine gereinigte Wundfläche und fortschreitende Epithelbildung. Die geschwürig veränderten Gewebspartien bei Ulcera cruris bildeten nach Anwendung von Noviform gut aussehende, rosarote Granulationen. Die desodorierende Eigenschaft des Präparats konnte an der Abnahme des widerlichen Geruchs konstatiert werden, da eine beschleunigte Abstoßung des nekrotischen Gewebes eintrat. Die Sekretion der Wunden ließ bald nach und der Prozeß schritt gewöhnlich unter Abnahme der Schmerzempfindlichkeit seiner endgültigen Heilung entgegen. Inzidierte Funrunkeln, Abscesse, Phlegmonen und Panaritien wurden, wenn nötig, mit Noviformgaze tamponiert und ebenfalls hierbei ein guter Heilungsverlauf erzielt. Besonders zufriedenstellend erwies sich die Noviformtherapie in der Behandlung von Brandwunden jeden Grades. Unter den mit Noviform imprägnierten Gazebinden, die ca. 5 Tage liegen blieben, kam die Wunde schmerzlos zur Abheilung und zeigte auffallend gute, glatte, wenig sichtbare Narben. Die Erfahrungen bestätigten auch, daß das Noviform als Wundheilmittel besonders bei Kindern gefahrlose Verwendung finden kann. In letzter Zeit wurde das Noviform auch hinsichtlich seines Verhaltens bei Applikation auf die Mundschleimhaut geprüft. Bei den zahlreichen in der Mundhöhle auftretenden eitrigen Prozessen, die mit einem starken Foetor ex ore einhergehen, wurde der desodorierende Wert des Noviforms festgestellt.

Dr. **Max Jerusalem**, Spezialarzt f. Chir. in Wien: **Technisches zur Beckschen Wismutbehandlung tuberkulöser Fisteln und Abscesse.** (Wiener klin. Rundschau, 1912, No. 47.)

Verf. erörtert die Frage der Konsistenz oder — was dasselbe bedeutet — der Temperatur der einzuspritzenden Paste. Eine allgemeine Regel läßt sich diesbezüglich kaum aufstellen. Uebung und Erfahrung können allein das Richtige lehren. Doch macht es sich stets unangenehm fühlbar, daß, wenn die Paste recht flüssig, also recht warm eingespritzt wird, der Pat. Schmerzen äußert; im anderen Falle, bei längerem Auskühlen der Spritzen samt Inhalt, letzterer leicht zu feste Konsistenz annimmt und dann — besonders bei den verschlungenen Wegen, wie sie tuberkulöse Fisteln häufig annehmen — nicht an die richtige Stelle, das heißt, nicht bis an das proximale Ende des Fistelganges gebracht werden kann. Meistens werden Glasspritzen mit abgestumpften Enden — nach Art der Harnröhrenspritze — verwendet. In tiefe Fisteln soll ein dünnwandiges Gummidrain eingeführt und die Spritze an dieses angesetzt werden; während der Stempel niedergedrückt wird, ist dann das Drain langsam zurückzuziehen. Auch mit dieser Methode hat Verf. sich nicht recht befreunden können. Ein dünnwandiges Drain knickt sich sehr leicht ab, auch erstarrt darin, wenn es nicht genügend warm ist, häufig die Paste, so daß die Einspritzung mißlingt. Die Spritze, welche Verf. seit längerer Zeit verwendet und mit welcher er bisher 70 Fälle im chirurgischen Ambulatorium der Wiener Bezirkskrankenkasse behandelt hat, soll in einfacher Weise den erwähnten Uebelstand abhelfen. Es ist eine gewöhnliche Rekordspritze mit stark verdicktem Konus (Durchmesser 4—5 mm) und

einem auf diesem aufgeschliffenen, zentral gelochten, abnehmbaren, olivenförmigen Ansatze aus Metall. Letzterer wird je nach der Größe der Fistelöffnung entweder bloß angesetzt oder — soweit es geht — eingeführt und ist vermöge seiner Form geeignet, enge und weite Fistelgänge sowie auch Inzisionsöffnungen kalter Abscesse vollständig abzuschließen. Das Einführen eines Drains hat sich in Verfassers Fällen niemals als nötig erwiesen.

Die Firma Leiter in Wien fabriziert die „Wismutspritze". Kr.

Dr. **Kurt Kall** (Würzburg): **Ueber die Behandlung der Skabies mit Salicylnikotinseife Kade.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. berichtet aus der Würzburger Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten über ein neues zur Behandlung der Skabies bestimmtes Präparat. Es handelt sich um eine von der Firma Dr. Kade, Berlin SO. 26, hergestellte und unter dem Namen **Scabosan** in den Handel gebrachte Salicyl-Nikotinseife. Das Scabosan ist eine sehr weiche, leicht verreibbare Seife von weißer Farbe und salbenartiger Konsistenz, die keine Flecken macht und so gut wie völlig geruchlos ist. Das Präparat enthält neben 10 proz. Salicylsäure als wirksamen Bestandteil 0,08 pCt. Nikotin. Es wurden bisher 121 Fälle von Skabies mit Scabosan behandelt. Nebenerscheinungen, wie Erbrechen, Durchfälle und Unwohlsein, wurden darnach nicht beobachtet; auch Hautreizungen traten nicht auf; der Urin zeigte niemals Spuren von Eiweiß. Auch Rezidive und postskabiöse Ekzeme wurden nicht gesehen. Gewöhnlich war das Jucken schon nach der vierten Einreibung verschwunden. Scabosan wurde in der Regel nach einem gründlichen Reinigungsbad an drei Tagen früh und abends, also 6 mal, gründlich eingerieben. Für einen Erwachsenen genügen dabei 100—120 g der Seife. Zum Schluß folgt wieder ein Reinigungsbad, 24 Stunden nach der letzten Einreibung. Alles in allem stellt das Scabosan ein sauberes, geruchloses, nicht fettendes, zuverlässiges und reizloses, für die ambulante Praxis geeignetes Mittel gegen Skabies dar. (Preis der Originalpackung, die für eine Skabieskur reicht, 4,50 M.) R. L.

Bakteriotherapie.

Dr. **Ignaz Farkas**, Operateur a. d. chir. Abt. d. Budapester Poliklinik: **Mit der Gonokokkenvaccine (Arthigon) erzielte Erfolge bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen.** (Pester med.-chir. Presse, 1912, No. 46.)

In frischen Fällen reagierte der größte Teil der Kranken am Tage der Injektion mit Fieber von 38° bis 39°. Durch das Fieber wurde jedoch das Allgemeinbefinden der Kranken nicht sonderlich gestört: es bestand weder Kopfschmerz noch Uebelkeit. In jedem Falle, in welchem ein Erfolg erzielt werden konnte, stellte sich bereits in den ersten 24 Stunden nach der Injektion eine lokale Reaktion ein: Das erkrankte Gelenk schwoll noch mehr an, die Haut über demselben rötete sich und die Schmerzen nahmen zu. Die Steigerung der Schmerzen wurde bereits in der zweiten Stunde nach der Injektion beobachtet, nachher aber stellte sich in beinahe jedem Falle eine wesentliche Besserung ein: Die Schmerzen nahmen ab, die Entzündung und die Schwellung des Gelenkes gingen zurück. Die fieberhafte Reaktion und die Heilung hingen davon ab, am wievielten Tage der Erkrankung die Impfung vorgenommen wurde. Die größte Reaktion tritt nach jeder Richtung hin bereits nach der Injektion von ½ ccm Arthigon dann ein, wenn die Impfung bereits in den ersten oder zweiten 24 Stunden der Erkrankung vorgenommen wurde. Diese Kranken wiesen bereits am dritten Tage sowohl subjektiv, wie auch lokal einen Erfolg auf. Die meisten konnten bereits nach 8—10 Tagen als vollkommen geheilt betrachtet werden. In jenen Fällen hingegen, in welchen der Kranke erst am 10. bis 14. Tage geimpft wurde, trat selbst nach 1 ccm keine Fieberreaktion auf; die höchste Temperatur war nach der Injektion von 1 ccm am nächstfolgenden Tage 37,8°. Auch die Heilung ging in diesen Fällen viel langsamer vor sich, obzwar sich das subjektive Befinden der Kranken wesentlich besserte. In derartigen Fällen, die so spät zur Behandlung gelangen, muß man eine Dosis von 1—2 ccm anwenden, um eine Reaktion zu erzielen, und selbst dann zieht sich die Genesung unvergleichlich länger hin, als in frischen Fällen. Die Injektion soll man — mit ½ ccm beginnend — allmählich steigern und es von der Höhe des Fiebers abhängig machen, ob man jeden zweiten, dritten oder vierten Tag injizieren soll. In jenen Fällen, in denen die Temperatur 37,6° bis 38,8° nicht übersteigt, kann die Dosis täglich gesteigert werden.

Das Arthigon stellt ein vollkommen unschädliches Mittel dar und kann daher bei gonorrhoischen Arthritiden als ein bewährtes Specificum betrachtet werden. Kr.

Physikalische Therapie.

Dr. **J. Wetterer** (Mannheim): **Röntgentherapie in der Gynäkologie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. hat schon früher darauf hingewiesen, daß die Schnellsterilisierung der an Myom oder Metrorrhagien leidenden Frauen mittels Röntgenstrahlen nicht empfehlenswert ist, weil die Ausfallserscheinungen erheblich stärker auftreten als in solchen Fällen, in denen die artefizielle Klimax langsamer herbeigeführt wird. Aber noch aus einem anderen Grunde ist diese Schnellsterilisierung zu vermeiden. Verf. beobachtete nämlich, daß in manchen Fällen, in denen unter Kompression Dosen von etwa 10 H pro loco verabreicht worden waren, der Darm sehr lebhaft auf die Bestrahlung reagiert. Trotzdem die Frauen stets so gelagert waren, daß möglichst wenig Darm von Röntgenstrahlen getroffen wurde, klagten diese Frauen jedesmal bald nach der Bestrahlung über Beschwerden von seiten des Darmes, die in Uebelkeit, Erbrechen, Diarrhöen, Schmerzhaftigkeit bestanden und mehrere Tage anhielten. Auch andere Autoren haben ähnliche Erscheinungen beobachtet. In zwei von Verf. beobachteten Fällen, wo die Bestrahlung von anderer Seite vorgenommen worden war, ging sogar Schleim und mitunter Blut mit dem Stuhl ab. Es handelt sich nach Verf. in derartigen Fällen wohl um Darmläsionen infolge von Röntgenbestrahlung. Neuerdings werden in Bestätigung dieser Beobachtung von französischen Autoren Versuche an Hunden mitgeteilt, die ergeben haben, daß durch Röntgenbestrahlung schwere, zum Teil lebenbedrohende Veränderungen in der Schleimhaut des Verdauungstraktus bewirkt werden. Man muß demnach bei Bestrahlung des Abdomens auch derartige Schädigungen des Verdauungstraktus zu vermeiden suchen. Bei gynäkologischen Röntgenbestrahlungen ist es vor allem notwendig, die Ovarialfelder so klein wie möglich zu wählen; man muß deshalb vor der Bestrahlung eine möglichst genaue Lagebestimmung der Ovarien vornehmen; man darf auch nicht für die Bestrahlung mehr Einfallspforten als notwendig wählen. Eventuell verzichte man nach Verf. auf Kompressionsbestrahlung. Endlich ist auch die Einhaltung gehöriger Intervalle zwischen den einzelnen Bestrahlungen von Bedeutung. R. L.

Dr. **Max Cohn**, leit. Arzt der Röntgenabt. d. Krankenhauses Moabit: **Kritische Bemerkungen zur Therapie von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verfasser gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Behandlung der Unterleibsblutungen mit Röntgenstrahlen ist, soweit sie nicht von einem bösartigen Leiden herrühren, ein aussichtsreiches, in vielen Fällen von dauerndem Erfolge begleitetes Verfahren.

2. Es ist ungefährlich und deshalb geeignet, größere operative Maßnahmen in vielen Fällen zu vermeiden.

3. Die durch die Röntgenkastration (nicht immer) bedingten Ausfallserscheinungen sind auf die Dauer nie so schlimm gewesen, als bei der operativen Kastration (Psychosen, Siechtum).

4. Der Effekt der Röntgenbehandlung ist in erster Linie ein Sistieren oder eine Verminderung der Blutungen. Dies ist zurückzuführen auf eine Einwirkung auf die Ovarien. Die Funktion der Ovarien, wie sie die normale Menstruation mit sich bringt, führt zu einer Hyperämie der Uterusschleimhaut. Diese ist bedeutender und anhaltender beim myomatösen als beim normalen Uterus. Da die Blutung aus dem myomatösen Uterus im großen ganzen eine verstärkte und länger andauernde Menstruation darstellt, so ist der günstige Einfluß der Röntgenbestrahlung auf dieses Leiden durch die Möglichkeit, eine Atrophie der Ovarien auf unblutige Weise zu erreichen, genügend erklärt.

5. Aus diesem Grunde werden auch Blutungen an der Grenze des Klimakteriums, welche auf eine leichtere Brüchigkeit der Gefäße im Gefolge der Sklerose der Beckenarterien beruhen, ein günstiges Objekt der Bestrahlung darstellen. Nach eigenen Erfahrungen werden diese Blutungen günstiger und dauernder beeinflußt als die myomatösen. Die Sklerose der Beckengefäße ist häufig nicht vergesellschaftet mit einer Sklerose der großen Gefäßstämme.

6. Eine direkte Beeinflussung der Myome, wie sie von den Gynäkologen auf Grund histologischer Untersuchung angenommen wird, ist durchaus unbewiesen. Die Verkleinerung der Tumoren, die sicher vorkommt, kann auch eine Folge der schrumpfenden Vorgänge auf der Basis der Ovarienbeeinflussung sein.

7. Eine Kontrolle der Verkleinerung der Myome während der Behandlung durch den Gynäkologen ist nicht gleichbedeutend mit der Feststellung über Wert oder Unwert des Heilverfahrens; denn ein negatives Resultat besagt nichts über die Beeinflussung durch die Röntgenstrahlen. Die Beeinflussung der Blutungen ist allein ausschlaggebend, und diese tritt oft erst nach mehreren Bestrahlungsserien ein. Myome, die wegen ihrer Größe schon allein eine Behandlung erfordern, eignen sich schlecht für die Röntgenbehandlung.

8. Die Röntgenbehandlung der Unterleibsblutungen soll von den Aerzten vorgenommen werden, die sie verstehen.

Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

Dr. **Emm. Kondoléon** (Athen): **Die chirurgische Behandlung der elephantiastischen Oedeme durch eine neue Methode der Lymphableitung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Verf. hat in 6 Fällen von mehr oder weniger hochgradigem elephantiastischen Oedem auf operativem Wege Heilung oder Besserung erzielt. Das Prinzip der Methode besteht darin, eine breite Kommunikation zwischen dem Unterhautzellgewebe und den Muskeln zu schaffen durch Beseitigung der Fascie, welche das Hindernis darstellt. In den leichteren Fällen, in denen einfache Lymphstauung besteht, kann eine kleine Kommunikation zwischen Unterhautzellgewebe und Muskulatur, welche z. B. durch Einführung von Fascienstreifen in die Muskeln erfolgt, genügen. Aber wenn die Elephantiasis bereits eine längere Reihe von Jahren besteht, sind die bekannten sekundären sklerotischen Veränderungen der Elephantiasis eingetreten; die Aponeurose ist stark verdickt und bildet eine unelastische Schicht zwischen Haut und Muskeln; in diesen Fällen ist die Beseitigung des Hindernisses durch Exzision eines großen Teiles der Fascie angezeigt. Die Technik ist folgende: Wenn das Oedem nur den Unterschenkel betrifft, führt man zwei Längsschnitte, einen auf der Außenseite, den anderen auf der Innenseite des Unterschenkels in ganzer Länge; wenn das ganze Bein verdickt ist, macht man vier Schnitte, zwei am Oberschenkel und zwei am Unterschenkel. Dann wird die Haut mit breiten Haken zurückpräpariert und das die Fascie bedeckende, infiltrierte Fett exstirpiert. Jetzt liegt die Aponeurose bloß. Man entfernt nun von jedem Schnitte aus ein Stück derselben von der Länge des Schnittes und einer Breite von 3—4 Fingern. Exakte Blutstillung. Hautnaht ohne Drainage.

R. L.

Dr. **A. Zografides**, Vorstand der laryngo-otolog. Abt. d. städt. Klinik in Piräus, Athen: **Beitrag zur Therapie der Otitis externa furunculosa.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Für die Therapie der äußeren Otitis sind mehrere Behandlungsmethoden vorgeschlagen: heiße oder kalte Umschläge, Blutegel, Senfpflaster, Kataplasmen usw. Verf. hat die meisten dieser Methoden probiert; das beste Resultat gab ihm jedoch folgendes Vorgehen: Nachdem er sich überzeugt hat, daß es sich um eine Otitis externa furunculosa handelt, macht er, ohne Wert darauf zu legen, ob es zur Absceßbildung gekommen ist oder nicht — es genügt ihm, daß der Patient Schmerzen empfindet — nach vorheriger gründlicher Desinfektion des Gehörganges sowie auch der Ohrmuschel drei bis fünf Längsschnitte und hauptsächlich an der Stelle, wo er mit der Sonde sich überzeugte, daß die Schmerzen sitzen, und führt gleich darauf sterile Gazestreifen, in eine 10 proz. Karbollösung getaucht, ein. Sehr oft anästhesiert Verf. die Stelle mit Kokain. Durch diese Prozedur lassen die Schmerzen immer nach ein bis zwei Stunden nach und nach fünf bis sechs Stunden verschwinden sie meistens ganz. Die Methode der Längsschnitte ist nicht neu, als neu aber ist zu betrachten, daß sie möglichst früh gemacht werden und gleich darauf eine sterile, in 10 proz. Karbollösung getauchte Gaze eingeführt wird, denn durch diese Längsschnitte wird die Resorption der Karbollösung, welche zugleich desinfizierend und schmerzlindernd wirkt, in großem Maße begünstigt. Der Verlauf der Krankheit wird durch dieses Vorgehen sehr abgekürzt, und für den Patienten von großer Bedeutung ist der Umstand, daß die Therapie ganz schmerzlos abläuft, ohne daß es manchmal zur Abscedierung gekommen ist, während die Schnitte nach drei bis fünf Tagen unter der Karbollösung ganz aseptisch verheilen.

Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Februar 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Demonstration cystoskopischer Bilder von Bilharzia der Blase.

Herr **Eugen Joseph**: Ein an Blasenbeschwerden leidender Aegypter ließ sich von J. untersuchen, nachdem schon vorher von anderer Seite (Albu und Kallmann) Bilharziaeier im Urin festgestellt waren. Durch die Cystoskopie wurde die Diagnose bestätigt. Die so gewonnenen Bilder werden demonstriert. Es handelt sich um eine völlig unkomplizierte Bilharzia. Das erste Bild zeigt die unter der Schleimhaut sichtbaren Bilharziaeier, das zweite den typischen Bilharziatumor von Champignonform, das dritte einen cyanotischen Tumor mit erdbeerartigen Auflagerungen, die durchgebrochene Granulationen sind. Die Behandlung solcher unkomplizierten Fälle soll möglichst konservativ sein; in vorliegendem Falle wird zunächst mit Copaivabalsam und Methylenblau intern behandelt. Pfister (Cairo) empfiehlt auf Grund seiner in Aegypten gesammelten Erfahrungen auch Extractum Filicis maris zu versuchen.

Diskussion:

Herr **Ernst R. W. Frank**: Die englischen Aerzte haben die Erfahrung gemacht, daß Bilharziakranke, nach Europa gebracht, sich oft ohne jede Behandlung erheblich erholen, wohl, weil keine neuen Nachschübe der Infektion erfolgen. Die Eingeborenen in Südafrika behandeln angeblich die Krankheit durch reichliche Einnahme von Salzwasser.

Gegenwart und Zukunft der Rückenmarkschirurgie.

Herr **Max Rothmann**: Die Rückenmarkschirurgie hat seit ihrer Inauguration durch Horsley und Gowers große Erfolge erzielt, war aber bisher im wesentlichen eine Chirurgie der Rückenmarkshäute. Vortr. wies im Mai 1907 auf die Möglichkeit hin, intramedulläre Tumoren des Dorsalmarks unter Aufopferung von Rückenmarkssubstanz erfolgreich zu operieren. Bereits 1907 eröffnete Krause einen tuberkulösen Erweichungsherd der Hinterstränge, und v. Eiselsberg operierte erfolgreich ein Neurofibrosarkom des Seitenstranges. Vortr. unterscheidet 1. intramedulläre Tumoren, von denen bisher 12 zur Operation gelangt sind; 2. extramedulläre, in das Rückenmark eingedrungene Tumoren (3 Fälle); 3. Fremdkörper im Rückenmark (2 Fälle von Pistolenkugel); 4. andere Rückenmarksaffektionen (4 Fälle, Erweichung, Blutkoagulum, Cysten). Unter 21 intramedullären Eingriffen sind nur vier Todesfälle. Von den Tumoren gaben die Gliome die schlechtesten Resultate. Neben den zentralen, beide Rückenmarkshälften gleichmäßig befallenden Tumoren finden sich Geschwülste einer Rückenmarkshälfte, vor allem des Seitenstranges.

An der Hand der experimentell physiologischen und klinischen Erfahrung bespricht Vortr. die Ausfallserscheinungen nach Zerstörung der Hinterstränge, evtl. in Verbindung mit Ausschaltung der grauen Substanz und der Vorderstränge. Ebenso werden die Symptome bei Ausschaltung eines Seitenstranges, total oder partiell, oder einer ganzen Rückenmarkshälfte besprochen. Es sind demnach sowohl die zentralen wie die Seitenstrangtumoren bei guter Abgrenzung der Operation mit ausreichender Erhaltung der Funktion zugänglich. Neben diesen „pathologischen“ Eingriffen in das Rückenmark kommen als „physiologische“ Operationen Durchtrennungen der Rückenmarksstränge in Betracht. Hier empfiehlt Vortr. vor allem die Durchtrennung des gekreuzten Vorderseitenstranges bei einseitigen inoperablen Beckengeschwülsten zur Aufhebung der Schmerzempfindung. In einem Falle von inoperablem Rückenmarkstumor haben Spiller und Martin diese Operation erfolgreich ausgeführt. Bei schwerer Athetose eines Beines käme eine partielle Durchschneidung des Pyramidenseitenstranges im mittleren Brustmark in Frage. Die intramedullären Operationen dürften in Zukunft einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Rückenmarkstherapie darstellen.

Im Anschluß an den Vortrag werden einschlägige mikroskopische Präparate aus dem Gebiete der experimentellen Rückenmarksphysiologie am Projektionsapparat demonstriert. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Stadelmann**: Um beurteilen zu können, wie weit die im Tierexperiment gewonnenen Ergebnisse des Vortragenden auf die menschliche Pathologie und Therapie übertragbar sind, wäre es von Wert, wenn Herr Rothmann außer den von ihm berichteten Durchschneidungsversuchen auch Versuche anstellen würde, bei denen Teile der Rückenmarkssubstanz in größerer Ausdehnung herausgeschnitten werden.

Herr **Borchardt**: Auf Grund von Erfahrungen, die B. zusammen mit Herrn Oppenheim gewonnen hat, führt er aus, daß nicht alle Tumoren, die bei der Operation als intramedulläre Tumoren imponieren, wirklich solche sind. Vielfach handelt es sich um von den Rückenmarkshäuten ausgegangene Tumoren, die in das Mark hineingewachsen sind. B. selbst hat einen echten intramedullären Tumor überhaupt noch nicht gesehen.

Herr **Oppenheim**: Gewisse Arten von intramedullären Tumoren werden niemals Objekt chirurgischer Behandlung sein, wie langgestreckte Gliome und diffuse Sarkome. Chirurgischer Behandlung wird immer nur eine kleine Gruppe von hierher gehörigen Affektionen zugänglich sein. — O. hat mit Herrn Borchardt zusammen zwei einschlägige Fälle beobachtet; in dem ersten, in dem der 68 jährige Patient nach gelungener Operation an postoperativer Pneumonie zugrunde ging, erwies die Sektion, daß der scheinbar intramedulläre Tumor des Halsmarks von den Meningen ausgegangen war; in dem zweiten, ebenfalls eine Geschwulst des Halsmarks, ist die Operierte am Leben geblieben, aber ein so völliger Ausgleich der Funktionsstörungen, wie er bei extramedullären Tumoren die Regel ist, ist hier nicht eingetreten. Uebrigens hat die Frage, ob derartige, als intramedullär imponierende Tumoren ursprünglich extramedullär waren, eine mehr wissen-



Antiphlogistine

ein

hydrophiler, schmerzstillender

Umschlag

Ein unvergleichliches Hilfsmittel in der Behandlung aller **entzündlichen** und **congestiven** Zustände im Rahmen einer Pneumonie bis zu einer einfachen Furunkulose.

„.... Die soeben aufgeführten und eine große Reihe weiterer Fälle, über welche mir deutsche Aerzte Mitteilung zugehen ließen, bestätigten die guten Erfahrungen, die man im Ausland, in Amerika und England vor allem, mit dem Antiphlogistine gemacht hat, so daß ich mich entschließen konnte, das Präparat auch weiteren Kreisen heimischer Kollegen zu empfehlen. Nachdem ich selbst mehr als hundert Fälle erfolgreich behandelt habe, glaube ich diese Empfehlung mit bestem Gewissen hinausschicken zu können."

Oberstabsarzt Dr. Lübbert in Ther. Mtsch. No 11, 1907.

Kade-Denver Co. m. b. H., Berlin-Wilmersdorf II.



Aus den Extraktivstoffen des Rindfleisches und reinstem Hühner-Eiweiß hergestellter

Fleischsaftersatz.

Wohlschmeckend und haltbar.

Wegen seiner ungemein leichten, ja fast **völligen Verdaulichkeit** von medizinischen Autoritäten als

hervorragend anregendes

Nähr- und Kräftigungsmittel

für Kranke, Rekonvaleszenten und Kinder **bevorzugt** und auch bei vielen Aerzten in der eigenen Familie im Gebrauch.

Da ganz minderwertige Nachahmungen existieren, lasse man sich im eigensten Interesse nicht zu einem Ersatzprodukte überreden, sondern

bestehe auf dem erprobten und bewährten „PURO".

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in Verwendung.

Vorzugspreise ad usum proprium. Proben gratis.

Puro-Gesellschaft, München S. 41.



Wiesbaden Hotel Wiesbadener Hof.

Moritzstrasse 6.

Tel. Nr. 6565/6566. Telegr. „Wiesbadenerhof". Haus ersten Ranges. Ruhige zentrale Lage inmitten der Stadt und doch in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes. 100 Zimmer und Salons. Warm und kalt fließendes Wasser, Telefon u. elektr. Licht in allen Zimmern. Erstklassiges Wein- u. Bier-Restaurant. Thermal- u. Süßwasser-Bäder auf allen Etagen. Lift. Auto-Garage. Inhaber: **Xaver Hirster.**

Die neuen synthetisch dargestellten Purgantia

haben nach Forschungen der Herren Prof. Dr. Blumenthal der ersten Berl. Universitäts-Klinik, Dr. Bergmann, Dr. Marschall, Dr. Frank etc. **unangenehme, ja oft sogar gefährliche Nebenwirkungen.** Welche Laxantia kommen daher für den Arzt in Betracht und eignen sich zu anhaltendem und länger währendem Gebrauch? Nur diejenigen, welche aus pflanzlichen Stoffen bereitet sind, dabei sicher, ausgiebig und schmerzlos wirken.

Die Pil. aperientes Kleewein

sind ein solches Abführmittel, sie bestehen aus: Extr. Cascar. sagrad. rec. par. Extr. Rhei chinens. rec. par aa. 3·0, Podophyllini, Extr. Belladonnae aa 0·50, Pulv. Cascar. sagrad. quant. sat. ut fiant. Pil. Nr. 50, Obduc. c. Sacchar. alb. et fol. argent.

Preis K. 2,— = M. 1,70



1—2 Pillen abends mit Wasser genommen, führen nach ruhig durchschlafener Nacht morgens einen ausgiebigen schmerzlosen Stuhlgang herbei; sie werden deshalb seit 25 Jahren von den Aerzten aller Kulturstaaten bei Stuhlträgheit und deren Folgekrankheiten als das **verläßlichste** Laxans nach obiger Formel oder kurzweg als **Pil. aperientes Kleewein** verschrieben.

Versuchsproben stehen den Herren Aerzten kostenfrei und franko zur Verfügung.

„Adler-Apotheke" des S. E. Kleewein in Krems bei Wien.

Zu verkaufen

wegen Familienverhältnissen in einem rühmlichst bekannten **Luftkurort,** 1200 Meter über Meer, ein

erstklassiges Hotel

in Verbindung mit einer Kuranstalt

zirka 220 Betten. Durchaus geschützte, sonnige Lage, mit großem Umschwung als: Baumterrassen, 2 Tennis, Wald und Gärten. Wäre auch **vortrefflich geeignet für Sanatorium.** Anfragen zu richten an **Hotelia, Basel** unter Chiffre **346 A.**

Dr. Walther Koch's „Prävalidin"

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampher und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. u. II. Stadium der **Lungentuberculose.** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. Stadium. Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anämie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.

Tuben à M. 1,20 für Erwachsene und M. 0,80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich.

Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Jahresversand 1911: 31700 Tuben. Literatur u. Proben durch die **Woll-Wäscherei u. Kämmerei Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.**

schaftliche als praktische Bedeutung. — Daß die von R. vorgeschlagene Durchschneidung der Pyramidenbahn die Athetose heilen würde, glaubt O. nicht.

Herr **O. Maas**: Ein vor mehreren Jahren von M. histologisch untersuchter und in der Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie 1910 publizierter Fall, in dem ein großer intramedullärer Tumor des Cervicalmarks nur unbedeutende absteigende Degeneration des Dorsal- und Lumbalmarks bewirkt hatte, zeigt, daß ein operatives Angreifen derartiger Fälle nicht ganz aussichtslos ist.

Herr **Rothmann** (Schlußwort): Auf die Anregung des Herrn Stadelmann erwidert R., daß er wiederholt das gleiche Rückenmarkssegment an zwei verschiedenen Stellen durchschnitten hat, was physiologisch einer Herausnahme des Zwischenstückes gleichkommt. Herrn Borchardt ist zu entgegnen, daß in der Tat in der Literatur einige Fälle beschrieben sind, in denen an der rein intramedullären Natur der Geschwulst nicht zu zweifeln ist. Natürlich ist der operative Eingriff in einem derartigen Falle viel schwerer, als bei einem extramedullären Tumor, doch ist für die Indikationsstellung zu erwägen, daß die betreffenden Patienten ohne Operation sicher verloren sind. Der Vorschlag R.s zur Behandlung der Athetose bezog sich nur auf die nicht häufigen Fälle von einseitiger Athetose des Beins. Das letzte Wort hat hier der praktische Versuch.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 17. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr Heubner.

Tagesordnung:

Die spastischen Lähmungen der Kinder und ihre Behandlung.

Herr **Biesalski** beschränkt sich auf die Besprechung der Hemiplegien und Diplegien. Die Erkrankungen haben ihren Sitz im Großhirn und werden vom Gefäßsystem beherrscht; Embolien und Hämorrhagien sind die Ursachen. Die cerebrale Hemiplegie ist meist erworben, besonders im Gefolge von Infektionskrankheiten; die spastische Paraplegie ist meist angeboren, kann aber auch erworben werden, z. B. Morbus Little nach Asphyxie infolge von Früh- und Schwergeburt. Es gibt auch erworbene Veränderungen im Gehirn, die von den angeborenen anatomisch nicht zu unterscheiden sind. Freud und Hoffa teilen sie daher praktisch nur in Hemi- und Diplegien. Häufig ist mit letzteren der Schwachsinn verbunden, der bis zur Idiotie gesteigert sein kann; aber auch Epilepsie kommt in der Hälfte aller Hemiplegien vor.

Die spastische Lähmung der Kinder setzt sich aus drei Faktoren zusammen, der Lähmung, dem Spasmus (der Hypertonie) und der unwillkürlichen Bewegung (Athetose). Die letztere spielt sich bei Hemiplegie besonders in der Hand, an den Fingern ab. Bei Diplegie ist sie meist vorhanden, wenn alle vier Extremitäten betroffen sind. Dann tritt sie auch im Gesicht, an der Zunge und bei Schluckbewegungen auf. Es spielen auch ataktische Bewegungen hinein. Die durch letztere betroffenen Bahnen sind der Uebungstherapie zugänglich. Bei der Operation solcher Kinder kommt es fast immer zu schweren Keloiden. Die Athetose ist nicht durch Operation zu beseitigen, wenigstens bei denjenigen Fällen, wo sie auch ohne Intentionsbewegungen besteht und die Kinder nachts davon erwachen.

Nach Foerster kommt die Krankheit durch Schädigung der Pyramidenbahnen zustande. Er nimmt in ihnen Hemmungsfasern an, die die Aufgabe haben, die heranströmende Energie zu zügeln. Bei Schädigung der Pyramiden werden die Hemmungsfasern schwerer als der übrige Teil beeinträchtigt. Dazu kommt der ungeheure Strom der von der Peripherie einströmenden Reize. Z. B. beim Gehen sind die Vorgänge in den Gelenken die Veranlassung, daß nach dem Zentrum gemeldet wird, es sei Zeit, den Glutaeus medius der anderen Seite zu spannen, damit ein Schwingen des Beines möglich ist, ohne daß der Mensch auf die Seite fällt.

Dazu kommt der über die Muskeln etc. laufende Reflexbogen. Diese Reize werden von den Hemmungsfasern gedämpft; sonst lädt sich das Grau des Rückenmarks stark auf und entlädt sich in extremer Weise. Die Starre der Muskeln, der willkürlichen und unwillkürlichen, besonders die Abwehrbewegungen sind der Beweis; bei letzteren springt die Energie auch auf die Antagonisten über; so kommt es bei der Intention zur Beugung statt zur Streckung.

Manche Fälle der spastischen Lähmung bilden sich spontan in erheblichem Maße zurück. Dazu tragen auch viele Unterstützungsmittel bei. Die Behandlung dieser Lähmungen im Kindesalter steht und fällt mit der Uebungstherapie; alles andere, auch die Operation, hilft nur den Boden für die Uebungstherapie vorzubereiten.

Die älteste Behandlung ist die Beseitigung der Kontraktur, des mechanischen Momentes (Hoffa und Lorenz). Es wird die Schwächung des peripheren Neurons durch Beseitigung der Kontraktur vermittelst der Schienen-Hülsenapparate etc. und die Stärkung des zentralen Neurons durch Massage, Uebung etc. angestrebt. Immer überwinden die Beuger die Strecker, weil die letzteren erst bei dem Uebergang des Menschen von der Kriechhaltung in die aufrechte Haltung ihre Funktion übernommen haben; sie sind eben phylogenetisch jünger und daher auch verletzlicher.

Wenn beim spastischen Muskel die Insertionen einander genähert werden, so zieht er sich über Gebühr zusammen. Das wird chronisch. Es kommt zu Schrumpfungen der Muskeln, Fascien und Sehnen; diese können enorm, selbst bretthart werden. Dazu kommt in ätiologischer Hinsicht die falsche Stellung in utero, dann die Bettdecke, die unsäglichen Schaden stiftet, und schließlich die spastische Luxation. Denn jedes Gelenk, um welches herum das Gleichgewicht der Muskelgruppen gestört ist, wird physiologisch beeinträchtigt. Im Spasmus wird der dauernde Zug den Gelenkkopf luxieren. Es ist daher schwer, die Little-Kinder auf die Beine zu bringen. Die Beseitigung der Kontraktur nützt dem Nervensystem außerordentlich. Denn der Hemiplegiker läuft mit dem Spitzfuß und muß die kranke Beckenhälfte heben, d. h. eine unnütze Arbeit leisten. Die Beseitigung des Spitzfußes schafft bessere mechanische Momente nicht nur für das Bein, sondern auch für die Innervation. Hier hilft das z. T. mit Tenotomie verbundene, z. T. unblutige Redressement. Langdauerndes Feststellen der Glieder ist vom Uebel, denn die Gelenke dieser Extremitäten kommen leicht in Fixierung und Schrumpfung, was wieder pathologische Reize setzt. Die Sehnenverpflanzung ist nicht immer möglich; zumal an der feingegliederten Hand kommt man damit nicht weiter; am Fuß ist das schon eher möglich; hier kommt es dann zu leidlicher Abwickelung des Leidens. Die Schienenhülsenapparate ermöglichen an allen Gelenken die Feststellung, so daß ein Wechsel möglich ist. — Der Schwachsinn stellt keine Gegenindikation dar. Im Gegenteil erwachen diese Kinder, wenn sie das höchste Gut des Kindes, die eigene Beweglichkeit, erlangt haben, und entwickeln sich in der Richtung der Intelligenz oft gut.

Was den nervösen Teil der Störung betrifft, so kann man den Herd in der Hirnrinde nur unter bestimmten Voraussetzungen angreifen, nämlich bei Jacksonscher Epilepsie durch Aufsuchen und Entleeren der Cyste oder Exzision der Narbe.

Förster operiert im Reflexbogen; er will einen Teil der einströmenden Energie ausschalten; das ist an der hinteren Wurzel im Duralsack möglich. Bei der vorderen Wurzel kommt es zur Lähmung; im Periduralraum ist der Eingriff beim Kinde nicht möglich. Jeder Muskel und jeder Hautbezirk wird von drei Nerven innerviert, von denen man zwei ohne Schaden brachlegen kann. Es ist ein sehr großer Eingriff mit schweren Folgezuständen, Stuhlverstopfung, Incontinentia urinae, Hämaturie usw. Kein Kind kommt ohne Komplikationen davon. Aber in ganz schweren Fällen, die hier nur in Betracht kommen, schafft der Eingriff Voraussetzungen, die für die Uebungstherapie den Boden darbieten. Vortr. hat 8 Fälle mit 1 Todesfall operiert. Die Tetraplegiker und Athetotiker geben eine schlechte Prognose. Auch hier sind redressierende Verbände nötig und Tenotomien anzuschließen.

Auch Stoffel operiert im Reflexbogen am motorischen Anteil; er sucht die Nerven dort auf, wo sie in die Muskeln eintreten, reseziert einen Teil oder den ganzen Nerven oder präpariert den Nerven in den Muskel hinein, bis er 3—4 Kabel findet, und schneidet 2—3 durch. Vortr. hat 15 mal so operiert. Der Erfolg ist verblüffend; der Querschnitt der Bahn der motorischen Energie wird eingeengt und der Muskel wird in so vielen Bezirken gelähmt, als seine Nervenfasern durchschnitten sind; z. B. der Fußklonus schwindet schon in der Narkose, die geballte Hand läßt sich biegen.

Aber wenn man nicht sofort übt, so ist der Erfolg bald verloren. Diese Operation ist besonders für den Arm aussichtsreich. Ein Amerikaner gießt statt der Exzision 80 proz. Alkohol in die Nervenscheide, um den Muskel eine Zeitlang zu lähmen; aber das Verfahren ist schon bezüglich der Dauer recht unsicher.

Spitzy hat die alte Nerventransplantation aufgefrischt. Sie soll das Gleichgewicht zwischen den ungleichen Nerven herstellen. Beide Male hat Vortr. ohne Erfolg operiert, weil ihm die Stoffelsche Muskelanatomie unbekannt war.

Wichtig ist die Medikomechanik; sie beseitigt Widerstände, schließt Bahnen auf und schafft physiologische Erinnerungsbilder; zweckmäßig wird sie in warmen oder heißen Luftbädern vorgenommen. Sehr wichtig ist für die Hand das Kneten mit Ton, desgleichen die Uebung durch die Beschäftigung mit einem Handwerk, in dem die Kameraden anfeuernd wirken. Es sind mindestens 6 Stunden täglicher Uebung ohne Unterbrechung durch Sonntage erforderlich. Für die Beinübung ist der preußische Parademarsch einzudrillen. Für einen Little-Fall ist eine Reihe von Jahren Uebung nötig.

Uebrig bleibt die Frage: Wie steht es mit der Selbstheilung der spastischen Lähmung? Wann tritt sie ein, in welchem Umfange und in welcher Zeit? Welches sind die physiologischen Gesetze der Uebungstherapie?

Diskussion:

Herr **Rothmann**: Die spastischen Lähmungen der Kinder haben auch neurologisches Interesse. Aus dem Tierversuch wissen wir, daß man auch bei den Affen, die ja dem Menschen am nächsten stehen, die ganze Pyramidenbahn wegnehmen kann, ohne Spasmen zu bekommen, desgleichen die Hirnrindenzentren der Extremitäten, falls die Tiere sich bewegen. Munk zeigte, daß, wenn man solche Affen sich wenig bewegen läßt, sofort Kontrakturen wie beim Menschen auftreten. Das ist eine weitgehende Bestätigung des Vortrages bezüglich der Uebung.

Warum sind die Menschen schlechter daran? Der springende Punkt liegt darin, daß der Mensch mit derselben Muskulatur, die er von seinen Vorfahren, den Vierfüßern und Vierhändern bekam, den aufrechten Gang zustande brachte. Denn er hat bestimmte Muskelgruppen besonders ausgeübt, andere Gruppen vernachlässigt. Bei den Beinen sind das die Streckmuskeln, bei den Armen, die von der Fortbewegung befreit sind, sind es die Beuger, die überwiegen. Daher sind die Lieblingsstellungen am Beine die Streckung, am Arme die Beugung. Bei ganz kleinen Kindern erleben wir noch nicht, was wir bei älteren sehen, weil bei den kleinsten Kindern dieser Typus noch nicht ausgebildet ist. Wenn bestimmte Muskelgruppen sich schneller restituieren, weil sie besser eingerichtet sind, so geraten sie in Kontrakturstellung. Es ist daher nötig, die Antagonisten möglichst früh zu kräftigen.

Man kann Kontrakturen ohne Operation beseitigen, aber nicht in veralteten Fällen, wohl aber noch nach 1—3 Jahren durch methodische Uebung. Ein Mittel erwies sich R. nützlich, die Schüttelübung. Wenn z. B. ein Arm fest kontrahiert ist, so entsteht nach dem Schütteln ein schlaffes Handgelenk und der Kranke kann plötzlich die Finger strecken. Bei täglicher Uebung und genügender Energie ist die Schüttelbewegung ein gutes Mittel. Was leistet die Operation? Physiologisch betrachtet ist die Stoffelsche Operation vorzuziehen; sie greift nur die hypertonischen Muskeln an. Zwar sind manchmal auch nacher noch Spasmen da, aber die Uebung ist erleichtert.

Aber alle diese Kontrakturstellungen in das periphere Neuron zu verlegen, ist bedenklich. F. Krause hat sie neulich durch Entleerung einer Gehirncyste ebenfalls beseitigen können.

Herr **Biesalski** (Schlußwort): Die Stoffelsche Methode hat einen großen Nachteil: die Unzahl der einzelnen Eingriffe.

Mode.

IV. Bücherschau.

Der Rheumatismus, sein Wesen und seine Bekämpfung. Gemeinverständlich dargestellt von Dr. **Julian Marcuse**, Arzt für physikalisch-diätetische Heilmethoden. Dritte, neu durchgesehene und vermehrte Auflage. München 1912, Verlag der Aerztlichen Rundschau, Otto Gmelin. 42 S. 1,20 M.

Verf. stellt in der vorliegenden Schrift zunächst das Wenige, was wir von dem Wesen und der Aetiologie des Muskelrheumatismus wissen, in allgemeinverständlicher Form zusammen. Man muß gestehen, daß gerade hinsichtlich des „Rheuma“ das Wissen des Arztes sich am wenigsten von dem des Nichtmediziners unterscheidet; also viel Neues wird auch der Nichtarzt aus der Schrift nicht lernen. Verhältnismäßig ausführlich behandelt die Schrift die Prophylaxe und die Therapie des Rheumatismus, letztere allerdings nur, soweit es sich um physikalische Heilmethoden und um balneotherapeutische Heilfaktoren handelt.

Der menschliche Körper und seine Krankheiten. Eine populäre Darstellung für den gebildeten Laien und Einführung für Mediziner und Krankenpfleger. Von Dr. med. **Hermann Schall.** Mit 8 farbigen Tafeln und zahlreichen, zum Teil mehrfarbigen Abbildungen im Text. Stuttgart 1912, J. B. Metzlersche Buchhandlung. 561 S. Geb. 10 M.

Das vorliegende Werk bringt inhaltlich noch mehr, als der Titel angibt. Nicht nur die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, sowie die allgemeine und spezielle Pathologie hat der Verfasser in den Kreis der Darstellung gezogen, sondern er bringt auch von den Hilfswissenschaften der Medizin, der Physik und der Chemie dasjenige, was er für das Verständnis der Physiologie und Pathologie für unerläßlich hält. Bei dieser Ausdehnung hinsichtlich des Stoffes konnte manches nur kurz erwähnt werden, was vielleicht eine ausführlichere Behandlung verdient hätte. Aber im allgemeinen ist anzuerkennen, daß der Verfasser es verstanden hat, aus dem großen Gebiet das für eine gemeinverständliche, einführende Darstellung Geeignete richtig auszuwählen und kurz und durchweg klar zu besprechen. Einige Abschnitte, wie die Lehre von der Ernährung und ihre Störungen, sind sogar relativ ausführlich behandelt. Die zahlreichen Abbildungen, die vom Verfasser selbst im Anschluß an bekannte medizinische Werke in vereinfachter und schematischer Weise gezeichnet wurden, erleichtern dem Leser das Verständnis des Textes. So wird das Werk seine Aufgabe, Nichtmedizinern, insbesondere auch den in der Krankenpflege tätigen Personen, über den menschlichen Organismus und seine Krankheiten die notwendigsten Kenntnisse zu vermitteln, recht gut erfüllen.

Hebammen-Lehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des königl. preußischen Ministers des Innern. Mit zahlreichen Abbildungen im Text. Ausgabe 1912. Berlin 1912, Verlag von Julius Springer. 404 S. In Leinwand geb. 3 M.

Vorliegende Neuausgabe des offiziellen Preußischen Hebammen-Lehrbuches, die dritte Auflage des Hebammen-Lehrbuches vom Jahre 1904, hat in mancher Hinsicht Aenderungen erfahren, welche von einer aus Mitgliedern der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, Universitätsprofessoren, Direktoren von Privinzialhebammenlehranstalten und Medizinalbeamten zusammengesetzten Kommission auf Grund eingehender Beratungen festgesetzt wurden. Die wichtigste Aenderung bezieht sich auf das Desinfektionsverfahren. Die Desinfektion mit Sublimat ist ganz aufgegeben. An ihrer Stelle wurde unter Beseitigung der früher gemachten Unterscheidung in gewöhnliche und verschärfte Desinfektion für die Hebammen die in allen Fällen anzuwendende Alkohol-Kresolseifendesinfektion eingeführt, wobei ihnen zur Kostenersparnis die Verwendung des gewöhnlichen Brennspiritus gestattet ist. Neu angefügt ist dem Buch ein die wichtigsten im Hebammenunterricht vorkommenden Fremdwörter erklärendes Verzeichnis. Auch die im Anhang befindliche Dienstanweisung für die Hebammen ist in einzelnen Punkten geändert und ergänzt. Die Operationsbefugnis der Hebammen wurde durch die Befugnis zum Herunterholen eines Fußes zur Blutstillung bei unvollständig vorliegender Placenta erweitert. Auf die dringend nötige weitere Einschränkung der inneren Untersuchung der Schwangeren und Gebärenden wird an verschiedenen Stellen des Buches mit noch größerem Nachdruck als in der vorigen Auflage hingewiesen. — Von diesen mannigfachen Neueinführungen in den Vorschriften für die Hebammen müssen auch die Aerzte, speziell die Geburtshelfer, Kenntnis nehmen und sollten sich daher die neue Auflage des Hebammenlehrbuches anschaffen.

R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Auf Grund der Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Aerztevereinsbund und dem Reichspostamt ist nunmehr zwischen dem Verein der freigewählten Kassenärzte in Berlin und der neu ins Leben tretenden **Krankenkasse der Unterbeamten der Reichspost** ein Vertrag abgeschlossen worden.

Stettin. Infolge des vielbesprochenen Ministerialerlasses betr. **Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine** hatte der hiesige Polizeipräsident zunächst beim hiesigen Amtsgericht die Löschung des ins Vereinsregister eingetragenen „Vereins der Kassenärzte für Stettin und Umgebung“ beantragt und als dies erfolglos geblieben war, beim hiesigen Landgericht dagegen Beschwerde erhoben; doch ist diese durch Entscheidung vom 22. Januar d. J. vom Landgericht unter Berufung auf die kürzlich veröffentlichten Darlegungen der Herren Reichsgerichtsrat Ebermayer und Geh. Justizrat Prof. Dr. Hellwig zurückgewiesen worden.

Dresden. Der ärztliche **Bezirksverein Dresden-Stadt** hat einem Kollegen die Bezeichnung als „Spezialarzt für Lungenkrankheiten“ und einem anderen Kollegen die Bezeichnung als „Spezialarzt für Magen- und Stoffwechselkrankheiten“ genehmigt, dagegen einem dritten Kollegen die Bezeichnung als „Spezialarzt für Gallensteinleiden“ abgelehnt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. Der **Kaiser** hat am 9. Februar Herrn Prof. v. Bramann in Halle **telegraphisch dafür gedankt**, daß er vor 25 Jahren bei der Behandlung seines Vaters in San Remo sich besonders bewährt habe. Bekanntlich hat v. Bramann, damals noch Assistent des Berliner Chirurgen Ernst v. Bergmann, als Vertreter seines abwesenden Chefs in einem Augenblicke dringender Gefahr an dem schwer leidenden Kronprinzen in jenen kritischen Tagen die Tracheotomie ausgeführt, worüber in der vor etwa 1½ Jahren erschienenen Buchholtzschen Biographie Ernst v. Bergmanns auf Grund hinterlassener Briefe ausführlich berichtet wird.

Königsberg i. Pr. Der demnächst vom Lehramte zurücktretende Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et jur. h. c. Ludimar Hermann, Direktor des physiologischen Institutus an der hiesigen Universität, ist von der philosophischen Fakultät daselbst zum Ehrendoktor ernannt worden. — Der

Professor der pathologischen Anatomie Prof. Henke hat einen Ruf nach Breslau als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Geheimrat Ponfick erhalten.

Marburg. Der Extraordinarius der Hygiene Prof. Römer, Abteilungsvorsteher am hygienischen Institut der hiesigen Universität, ist vom Kultusministerium für die Dauer eines Jahres zu einem Studienaufenthalt bei den Hygienischen Instituten der Universitäten Bonn und Berlin beurlaubt worden.

Düsseldorf. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. O. Lubarsch, ordentliches Mitglied der hiesigen Akademie für praktische Medizin, ist von der medizinischen Fakultät in Kiel als Nachfolger des verstorbenen pathologischen Anatomen Prof. Heller in Vorschlag gebracht.

Cöln. Prof. Dr. Leonhard Jores, ordentliches Mitglied der hiesigen Akademie für praktische Medizin und Direktor des pathologischen Instituts der städtischen Krankenanstalten, erhielt einen Ruf an die Universität Marburg als Nachfolger des nach Würzburg gehenden Prof. Dr. M. B. Schmidt.

Elberfeld. Dem Chefarzt der chirurgischen Abteilung der hiesigen städtischen Krankenanstalten Dr. med. Alex Nehrkorn ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Rostock. Dr. med. Hans Hauser hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

Lübeck. Prof. Dr. Deycke, Oberarzt am Krankenhause in Eppendorf bei Hamburg, ist vom Lübecker Senat zum Direktor des Lübecker Allgemeinen Krankenhauses und zum Oberarzt der Abteilung für innere Krankheiten gewählt worden.

Prag. Prof. Dr. Fr. B. Hofmann, Direktor des physiologischen Instituts der deutschen Universität, hat einen Ruf nach Königsberg i. Pr. als Nachfolger des Geh. Medizinalrats Prof. L. Hermann erhalten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Die nächste Jahresversammlung des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** wird am 15. und 16. Mai 1913 in Breslau stattfinden. Es sind zwei Referate vorgesehen: 1. Bleuler (Zürich) und Hoche (Freiburg): Der Wert der Psychoanalyse; 2. Stier (Berlin) und Mönkemöller (Hildesheim): Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Ferner liegen bisher zwei Vortragsanmeldungen vor: 1. Starlinger (Mauer-Oehling) [auf Veranlassung des Vorstandes]: Ueber die zweckmäßige Größe von Anstalten für Geisteskranke; 2. Reichardt (Würzburg): Physikalische Hirnuntersuchung an der Leiche. Anmeldung weiterer Vorträge wird erbeten an Sanitätsrat Dr. Hans Laehr in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

— Im Anschluß an das Aerzteorchester hat sich nun auch eine **„Chorvereinigung Berliner Aerzte"** gebildet, der bereits eine größere Zahl von Kollegen und Damen beigetreten sind.

Baden-Baden. Die 38. Wanderversammlung der **südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird in diesem Jahre am 24. und 25. Mai in Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden. Vorträge sind bis spätestens 14. Mai anzumelden bei Geh. Rat Schultze (Bonn) oder Dr. Laquer (Frankfurt a. M.).

Gerichtliches.

Hamburg. Ein Arbeiter, der vor einiger Zeit einen hiesigen Arzt in der Sprechstunde **überfallen** und mit einem Revolver **bedroht** hatte, wurde vom hiesigen Landgericht zu 6 Jahren 3 Monaten Gefängnis verurteilt.

Aachen. Das hiesige Schöffengericht verurteilte den Krankenbehandler G. wegen unerlaubten **Feilhaltens von Arzneien** und Giften zu 300 M. Geldstrafe und 6 Wochen Haft. Von der weiteren Anklage des Betruges, der durch Verabreichung starker Gifte, besonders Chloralhydrat, an Kranke zur Erzielung der Hypnose begangen worden sein sollte, sprach das Gericht den Angeklagten frei, weil der Beweis nicht geführt werden konnte, daß G. diese Gifte gegen den Willen der Kranken angewandt habe.

Verschiedenes.

Berlin. Die Berlin-Brandenburgische **Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt** verschickt soeben ihren 4. Rechenschaftsbericht, aus dem die erfreuliche Entwickelung der Anstalt zu ersehen ist. Das segensreiche Institut wird von dem Krüppel-Heil- und Fürsorge-Verein für Berlin-Brandenburg E. V. unterhalten, der mit dem Bau eines neuen Heims für die Anstalt am Rande des Grunewalds zwischen Dahlem und Zehlendorf begonnen hat.

— Das **Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen** arrangiert für dieses Jahr eine Reise, welche zunächst einen Aufenthalt in London, während der Kongreßtage (6. bis 12. August), vorsieht und dann England, Schottland, Irland, die Kanalinseln, Rotterdam und Scheveningen umfaßt. Sie beginnt am 3. August mit einer Fahrt nach London mittels eines Dampfers der Hamburg-Amerika-Linie und endet am 28. August abermals in Hamburg. Die Preise bewegen sich zwischen 875 und 1400 M.; den Ehefrauen ist diesmal die Teilnahme gestattet. Anmeldungen sind an das Zentralkomitee (Berlin W. 9, Potsdamer Str. 134 B) zu richten.

Frankfurt a. M. In dem von der „Umschau" veranstalteten **Preisausschreiben**: „Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat und die Gesellschaft" wurde der Preis von 1200 M. Herrn Ludwig Jens, Beamten der allg. Armenanstalt in Hamburg, zuerkannt. Preisrichter waren die Herren Bechhold (Frankfurt a. M.), Gottstein (Charlottenburg) und v. Gruber (München).

Bad Salzbrunn. Der hiesige Kurort tritt mit einer weiteren **Vermehrung seiner Kurmittel** in die Saison 1913 ein. Im Südflügel des Grand Hotel wird ein Radiumemanatorium eröffnet, das Inhalations- und Trinkkuren mit Radiumemanation ermöglicht. Bei der spezifischen Heilwirkung solcher Kuren bei harnsaurer Diathese, besonders bei Gicht, bildet die neue Anstalt eine hervorragende Unterstützung der Wirkung der Kronenquelle. Ferner gelangen die im Vorjahre mit großem Erfolge erprobten natürlichen Kohlensäurebäder zur allgemeinen Einführung. Sie werden gespeist von den gelegentlich der Quellenfassung erschlossenen kohlensäurereichen Mineralwässern; zur Vermeidung von Kohlensäureverlusten erfolgt die Zuführung durch automatisch wirkende Pumpen von den Quellen direkt nach den Wannen.

Haag. Das hiesige Bureau der permanenten Kommission der internationalen medizinischen Kongresse fordert zur Bewerbung um die auf dem diesjährigen 17. Kongreß in London im August zur Verteilung gelangenden 3 **Kongreßpreise** auf. Es sind dies 1. der Preis der Stadt Moskau (5000 Fr.); Vorbedingung der Verleihung ist eine preiswerte Arbeit auf dem Gesamtgebiete der Medizin (einschließlich Hygiene) oder sonstige hervorragende Leistungen zum Wohle der leidenden Menschheit; 2. der Preis des 13. internationalen Kongresses (Pariser Kongreßpreis) — 4000 Fr. — für eine hervorragende Leistung auf dem Gebiete der inneren Medizin, der Chirurgie, der Geburtshilfe oder der medizinischen Hilfswissenschaften innerhalb der letzten 10 Jahre. — Auch für mehrere zusammengehörige Arbeiten eines Forschers kann der Preis zuerkannt werden; 3. der ungarische Kongreßpreis (3000 Kronen) für eine nach dem letzten internationalen medizinischen Kongresse erschienene preiswürdige Arbeit aus dem Gesamtgebiete der medizinischen Wissenschaften. — Jeder Arzt hat das Recht, geeignete Kandidaten für diese Preise in Vorschlag zu bringen, sowie auch seine eigene Kandidatur unter Beibringung der nötigen Unterlagen anzumelden. Schlußtermin der Anmeldungen ist der 1. Juni; zu richten sind sie an das „Bureau de la Commission permanente des Congrès Internationaux de Médecine", La Haye (Haag) Hugo de Grootstraat 10 (Niederlande).

Rom. Das Komitee des **2. Internationalen Unfallkongresses** hatte aus dem Ueberschuß des Kongresses zwei **Preise** zu je 1000 Fr. ausgeschrieben. Das Thema lautete: „Die funktionelle Anpassung der verletzten Glieder und die Schätzung derselben". Da bisher keine Arbeit zur Preisbewerbung eingegangen ist, so wird letztere erneuert, und zwar ausschließlich für obengenanntes Thema mit folgenden Normen: Die Arbeiten müssen in italienischer oder französischer Sprache abgefaßt und gedruckt oder in Maschinenschrift in drei Exemplaren an das Gerichtsärztliche Institut der kgl. Universität Rom, isola Tiberina, gesandt werden, und zwar bis zum 31. Januar 1914, 1 Uhr mittags.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stelle.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Coblenz. Jahresremuneration 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet. (Veröffentlicht am 19. Februar.)

Bekanntmachung.

Nachstehend bringe ich den beteiligten Kreisen die im Landespolizeibezirk Berlin belegenen, zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute zur Kenntnis: Städtisches Krankenhaus im Friedrichshain (17), Pathologisch-anatomische Abteilung des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain (1), Städtisches Krankenhaus Moabit (18), Pathologisch-anatomische Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit (1), Städtisches Krankenhaus am Urban (13), Pathologisch-anatomische

Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban (1), Städtisches Rudolf-Virchow-Krankenhaus (28), Pathologisch-anatomische Abteilung des städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses (1), Bakteriologische Abteilung des städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses (1), Städtisches Krankenhaus Gitschiner Straße 104/105 (3), Städtisches Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus (3), Krankenabteilung des städtischen Waisenhauses und Kinderasyls (1), Zentral-Diakonissenhaus Bethanien (3), Elisabeth-Kranken- und Diakonissenhaus (2), Lazarus-Kranken- und Diakonissenhaus (2), St. Hedwigs-Krankenhaus (6), Pathologisch-anatomische Abteilung des St. Hedwigs-Krankenhauses (1), Krankenhaus der jüdischen Gemeinde (3), Pathologisch-anatomische Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde (1), Augustahospital (2), Pathologisch-anatomische Abteilung des Augustahospitals (1), Paul Gerhardt-Stift, N., Müllerstraße 56/57 a (2), Königliches Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch (3), Berlin-Brandenburgische Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt, Am Urban 10/11 (2), St. Maria-Victoria-Heilanstalt, Karlstraße 28/30 (2), Dr. Abels Privatkrankenanstalt für Frauenleiden und Geburtshilfe, Potsdamer Straße 92 (1), Dr. Landaus Privatkrankenanstalt für Frauenleiden und Geburtshilfe (1), Dr. Strassmanns Privatkrankenanstalt für Frauenleiden und Geburtshilfe, Schumannstraße 18 (1), Privatklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Genthiner Straße 12 (1), Ostkrankenhaus für Haut- und Geschlechtsleiden (Privatanstalt), Tilsiter Straße 22 (2), Privatkrankenanstalt für Haut- usw. Krankheiten, Karlstraße 19 (1), Krankenabteilung des Großen Friedrichs-Waisenhauses der Stadt Berlin (1), Kaiserin Auguste Viktoria-Krankenhaus, Lichtenberg (1), Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin (4), Städtisches Auguste Viktoria-Krankenhaus (6), Pathologische Abteilung des Städtischen Auguste Viktoria-Krankenhauses (1), Maison de santé (2), Städtisches Krankenhaus Charlottenburg-Westend (14), Pathologisch-anatomische Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend (1), Städtisches Krankenhaus, Kirchstraße (4), San.-Rat Dr. Edels Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke, Berliner Straße 17 (2), Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, Mollwitzstraße [Privatstraße] (2), Privatkrankenhaus Hasenheide (1).

Berlin, den 13. Februar 1913.

Der Polizeipräsident. I. V.: Rebling.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Königl. Kronen-Orden 2. Kl. mit dem Stern: Obergeneralarzt Dr. B. Müller in Dresden.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Ordentl. Professoren Geh. Med.-Räte Dr. Friedrich und Dr. Winter, außerordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. Schreiber, Generaloberarzt Dr. Krause und Oberstabsarzt z. D. Dr. Körner, sämtlich in Königsberg.

Königl. Kronen-Orden 4. Kl.: Dr. Hundsdörffer in Tapiau und Dr. Will in Königsberg.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: San.-Rat Dr. O. Schellong in Königsberg, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Kortau San.-Rat Dr. Stoltenhoff, Prof. Dr. Unterberger in Königsberg.

Charakter als Medizinalrat: Kreisarzt Dr. v. Petrykowski in Ortelsburg.

In den Ruhestand getreten: Kreisarzt Med.-Rat Dr. L. Denckmann in Burgdorf, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Gumbinnen Kreisarzt Dr. A. Kehler.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. E. Heinz in Brannenburg, Dr. K. Herz in Uffenheim, Dr. O. Kleider als Spezialarzt für Zahn- und Mundkrankheiten in Nürnberg, Dr. H. Krembs und J. Linsenmeyer in München.

Verzogen: Dr. Joh. Müller von Wullenstetten nach Dietenheim (Württemberg), Dr. J. Faulhaber von Bissingen, unbekannt wohin, Dr. Erwin Beck von Rohr nach Langquaid, Dr. A. Hitzler von Lechhausen nach Rohr, Dr. L. Dorn von München nach Kempten.

Praxis hat aufgegeben: Dr. A. Leigh in Neuburg a. K.

Sachsen.

Verzogen: Von Dresden: Dr. E. Martin nach Berlin, Dr. R. Chr. Bachmann nach Hof, Dr. E. J. L. Bertog nach Hamburg, Dr. E. H. F. F. Kobligk nach Dortmund, Dr. Franziska A. M. Cordes nach Berlin, Dr. A. Polenz nach Riesa; Dr. Aussendorf von Loschwitz nach Artern (Thüringen), Dr. Wauer von Deutschneudorf nach Lauter bei Schwarzenberg.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Von Dresden: Dr. G. Kaufmann, Dr. F. Pauwels, Dr. W. Usener; Dr. M. R. Hämpel von Hartha bei Tharandt, Dr. P. W. Schütz von Heidenau und Dr. H. Wienhues von Hütten.

Baden.

Auszeichnungen: Rang und Titel eines Hofrates: Dr. P. Ebers in Baden-Baden.

Titel eines Hofrates: Prof. Dr. v. Beck in Karlsruhe.

Gestorben: Dr. Max Jacoby in Mannheim.

Oldenburg.

Auszeichnungen: Titel Sanitätsrat: Dr. Blanke in Essen i. O.

Titel Medizinalrat: Dr. Eden in Oldenburg.

Gestorben: San.-Rat Dr. Ott in Brake.

Herzogtum Gotha.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Kothe in Friedrichroda.

Ende des redaktionellen Teils.

Eine Reihe der von den „Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co." in Leverkusen-Elberfeld hergestellten Medikamente, nämlich Adalin, Helmitol, Sajodin, Phenacetin, Tannigen, Alypin, Spirosal sind jetzt laut Beschluß der Zentralkommission für die Krankenkassen Berlins und der Vorrote für die Kassenpraxis zugelassen worden, und zwar die ersten fünf in Tabletten à 0,5 g und Originalpackung, Alypin in der jeweils verordneten Dosierung, Spirosal als „Spirosal-Lösung ‚Bayer'" in Originalpackung.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte,** sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsbl."

Kontroll- oder **Vertrauensarztstellen** für **Krankenkassen-Verbände** jeder Art im ganzen Reiche.

Auskunft durch das Generalsekretariat.

Verband z. W. d. Int. d. Deutschen **Betriebs-K.K.** (Rh.-Westf.-B.-K.-K.-V.) Essen-Ruhr

Buenos-Aires, Argentin.
Aachen
Adolfshütte siehe Crosta
Annweiler i. Pfalz
Arys, O.-Pr.
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Betriebs-K.-K.-V., s. ob.
Bocholt i. Westf.
Böhmenkirch i. Wttbg.
Breithardt, Hess.-Nass.
Bremen
Breslau
Burbach i. W.
Burghaslach
Burladingen, Hohenzoll.
Canth, Bez. Breslau
Crosta-Adolfshütte
Düsseldorf
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Eppstein i. T.
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Finstingen i. Lothr.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Köln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Gönningen i. Wttbg.
Greiffenberg, Uckerm.
Gröha i. Sa.
Großharthau-Goldbach
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Hagendingen, Lothr.
Halberstadt
Halle a. S.
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Häselrieth b. Hildburgh.
Herbrechtingen i. Wttbg.
Herne i. W.
Hohen-Neuendorf a. Nordbahn
Kaufmänn. Kr.-K. für Rheinl. u. Westf.
Kassel-Rothenditmold
Kellinghusen, Holst.
Kirchberg, Jagst
Köln-Deutz
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Kupferhammer b. Ebersw.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Metz
Mömlingen, Unt.-Frk.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Nackenheim i. Rheinh.
Neuhaldensleben
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Obbornhofen i. Ob.-Hess.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ochsenwärder b. Hambg.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. d. Mark
Oedt, Rhld.
Passau-Auerbach
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plaue i. Thür.
Plettenberg i. Westf.
Pritzerbe, Brandenbg.
Puderbach, Kreis Neuwied
Querfurt
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rosenheim
Sagan i. Schl., Eisenh.-B.-K.-K.
Schaafheim i. Hessen
Schalkau i. S.-M.
Schönwald, Bayern.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schweidnitz, Schl.
Schwerin a. Warthe
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stommeln, Rhld.
Vockenhausen i. T.
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Köln
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz Berlin W. 30 Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 8. März 1913 | No. 10

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.





82. Jahrgang **Berlin, 8. März 1913** **No. 10**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Adhäsoltherapie in der Chirurgie und Dermatologie.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. **Dreuw** (Berlin).

Die bisherige Salbentherapie ist häufig deswegen wenig wirkungsvoll, weil der innige Kontakt zwischen Salbe und Hautaffektion nicht stattfindet, denn bei vielen Dermatosen wird die Salbe, namentlich bei Hautaffektionen des Körpers, durch die Kleidung wieder abgerieben oder aber die Salbe geht in den Verbandstoff, so daß nur ein geringer Prozentsatz der inkorporierten Medikamente zur Geltung kommt. Die von mir eingeführten Unguenta adhaesiva (Salbenpflaster) stellen diesen innigen Kontakt insofern völlig her, als sie eine zusammenhängende pflasterartige Salbendeckschicht bilden, welche die Weichheit der Salben und das Festhaften der Pflaster vereinigen und infolgedessen eine schnellere Heilung als bei den Salben bewirken. Zahlreiche Versuche, die ich mit den verschiedensten Salbenkomposition angestellt, haben schließlich zu dem Adhäsol geführt, dem der Apotheker ohne weiteres die verschiedenen Medikamente, Teer, Pyrogallol, Thigenol, Resorcin, Tumenol, Ichthyol, Airol etc. zufügen kann.

Das Adhäsol (Kaiser Friedrich-Apotheke, Berlin), nach einem von mir angegebenen Verfahren ohne jeden Kautschuckzusatz hergestellt, bildet eine ziemlich feste, beinahe harte, weißlich-gelbliche, geruchlose, kohärente, sterile, klebrige Substanz, die mittels eines Spatels sich schon durch die Wärme der Haut zu einem festklebenden Salbenpflaster aufstreichen läßt und dann ohne Anwendung von Benzin nicht wieder zu entfernen ist. Wegen des Lanolingehaltes ist das Adhäsol geschmeidig, wegen der Klebekraft legt es sich der Haut elastisch an. Die Zusätze (Teer, Chrysarobin, Ichthyol etc.) werden vom Apotheker zweckmäßig im Wasserbad zugesetzt, in welchem das Adhäsol sich zu einer dünnflüssigen Masse auflöst, um nach dem Erkalten wieder elastisch-hart zu werden. Am besten überzeugt man sich von der eminenten Klebekraft, wenn man entweder das unerwärmte Adhäsol entweder in der Hohlhand oder auf zwei Fingerbeeren verstreicht und nunmehr diese beiden Fingerbeeren verstreicht und dann auseinanderzieht. Es bilden sich dann zahlreiche bis zu 5 cm lange Fäden von Zwirndicke.

Ferner sieht man die Klebekraft deutlich, wenn man das erwärmte Adhäsol dünn auf Papier streicht und dann erkalten läßt. Es bildet sich dann eine spiegelglatte, festhaftende Fläche, die sich schon durch die Wärme der Fingerbeere leicht erweicht.

Das Adhäsol zeigt bei jeder Temperatur einen bestimmten Härte- und Elastizitätsgrad; im Winter ist es härter als im Sommer. Die Temperatur der Haut genügt, um das Adhäsol elastisch, geschmeidig und festklebend zu machen. Auf der Haut an Fieber erkrankten Personen wird es weicher als bei normaler Körpertemperatur. Bei 100° schließlich wird es flüssig, um dann je nach der Außentemperatur einen bestimmten Härte- und Elastizitätsgrad anzunehmen. Durch diese Eigenschaften eröffnen sich für die Therapie alle Möglichkeiten.

Es eignet sich daher zur Behandlung hauptsächlich von chronischem Ekzem und subakuten und chronischen Hauterkrankungen. Ohne jeden Zusatz ist es eine der besten Deckschichten, um epidermisbildend bei chronischen und subakuten Hautaffektionen und bei kleineren Granulationen, Wunden und Hautläsionen zu wirken, zumal wenn man dem erwärmten Adhäsol die entsprechenden Medikamente beimischt. Die Anwendung ist höchst einfach. Man streicht mittels eines Spatels, Messerchens etc. das Adhäsol der Haut auf, woraufhin es sich nach einigem Reiben und Streichen mittels des Spatels allen durch die Wärme der Haut zu einer glänzenden, festhaftenden Salbenschicht verstreichen läßt. Darüber tupft man ein Stückchen Watte. Denn die Watte, auch Billrothbatist oder ein Stückchen Leinen haften von selbst, ohne jeden Verband. Will man aber ein völliges Festhaften an faltigen Stellen bewirken, dann empfiehlt sich, über dem Billrothbatist Heftpflasterstreifen oder ein Stück Heftpflaster anzubringen, das den Billrothbatist etwas überragt. Auch eine Binde- und Watteschicht dient hier und da als zweckmäßiger Abschluß. Zur Behandlung bei größeren Hautflächen wird Adhäsol wie Zinkleim im Wasserbad erwärmt, dann mit Pinsel oder Holzspatel aufgestrichen und darüber Watte dünn aufgetupft. Das eventuell in Tuben gefüllte Adhäsol wird mit der Tube stehend im Wasserbade erweicht und dann

entweder direkt mit der Tube auf de rHaut nach einigem Erkalten verstrichen oder aber zuerst in ein kleines Gefäß gegossen, aus welchem es verwandt wird. Die Zusätze werden in der Apotheke gemacht, indem sie dem im Wasserbade dünnflüssig gemachten Adhäsol beigemischt werden

Die Vorzüge dieser neuen Adhäsoltherapie sind namentlich die Vereinfachung des Verbandes und die größere und schnellere Wirkung der inkorporierten Medikamente bei Wund- und Hautkrankheiten, namentlich als Deckverband bei granulierenden Wunden und chronischen Ekzemen. Das Beschmieren der Kleider und Hemden fällt fort, kurzum, das Adhäsol vereinigt alle Eigenschaften in sich, um angenehm und schnell bei chronischen Hautkrankheiten das Ziel zu erreichen.

Ich gebe im Folgenden einige Rezeptbeispiele:

Rp.: Pyrogallol . . . 10,0
Adhäsol . . ad 100,0
M.D.S.

oder:

Rp.: Chrysarobin . . . 10,0
Adhäsol . . ad 50,0
M.D.S.

Rp.: Sulfur. praecipit. . 10,0
Resocin 3,0
Adhäsol . . ad 100,0
M.D.S.

Der größte Vorteil des Adhäsols ist jedoch, daß die differentesten Körper, z. B. 20 proz. Pyrogallol-, 10 proz. Chrysarobinkompositionen etc. ihre Reizwirkung zum größten Teil verlieren, da wahrscheinlich die einzelnen Moleküle von der elastischen Masse sozusagen eingehüllt und daher nicht so stürmisch zur Entfaltung kommen, wodurch selbst 20 proz. Pyrogallol-Adhäsolsalben keine Reizwirkung ausüben. Selbst bei Ekzema marginatum in der Hodengegend werden 20 pCt. Pyrogallol-Adhäsolsalben ohne weiteres vertragen. Das Adhäsol bedeutet einen zweifellosen Fortschritt für die Chirurgie und Dermatologie, da es in den meisten Fällen jede nVerband unnötig macht.

Die Fortschritte der medikamentösen Irrentherapie im Jahre 1912.

(Sammelreferat.)

Von

Anstaltsoberarzt Dr. **Wern. H. Becker** in Weilmünster.

a) Schlaf- und Beruhigungsmittel.

1. Lube: Inaugur.-Dissertation, Göttingen 1912.
2. Gudden: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 2.
3. Mohr: Journ. de Bruxelles, 1912, No. 23.
4. Glombitza: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 6.
5. Walter: Przegl. lekarski, No. 10, und Wiener med. Wochenschr., 1912, No. 26.
6. Tiling: Therapeut. Monatshefte, 1912, No. 10.
7. v. Ehrenwall: Therapeut. Monatshefte, 1912, No. 4.
8. Impens: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 4.
9. Bogner: Medizin. Klinik, 1912, No. 2.
10. v. Rad: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 2.
11. Frank: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 49.
12. Sternberg: Therapie der Gegenwart, 1911, No. 12.
13. Gutowitz: Medizin. Klinik, 1912, No. 47.
14. Maas: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 26.
15. Topp: Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 47.
16. Hirschberg: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschr., 1912/13, No. 31.
17. Flamm: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 49.
18. Becker: Moderne Medizin, 1912, No. 11.
19. Siemonstein: Allg. Med. Centr.-Ztg., 1912, No. 11.
20. Wachtel: Przegl. lekarski, 1912, No. 18 u. 19.
21. Kürbitz: Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., 1912/13, No. 24.
22. Biberfeld: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 26.
23. Huber: Medizin. Klinik, 1912, No. 32.
24. Schäfer: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 3.
25. Veale: Brit. med. Journ., 17. August 1912.
26. Reiss: Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., 1912/13, No. 5.
27. Meyer: Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., 1912/13, No. 17.
28. Geissler: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 17.
29. Wetzel: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 17.
30. Graeffner: Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 22.
31. Juliusburger: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 17.
32. Eder: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 6.
33. Raecke: Medizin. Klinik, 1912, No. 21.
34. Treiber: Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., 1912/13, No. 22.
35. Impens: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 20.
36. Löwe: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 20.
37. Goldstein: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 21.
38. Dockhorn: Medizin. Klinik, 1912, No. 31.
39. Rosenfeld: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 8.
40. Benedek: Wiener klin. Wochenschr., 1912, No. 42.
41. Szedlak: Orvosi Hetilap, 1912, No. 42.
42. Emanuel: Neurol. Centralblatt, 1912, No. 9.
43. Patschke: Neurol. Centralblatt, 1912, No. 9.
44. Schaefer: Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 22.
45. Treiber: Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., 1912, No. 22.
46. Sioli: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 25.
47. Gregor: Therap. Monatshefte, 1912, No. 6.
48. König: Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 40.
49. Führer: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 30.
50. Straub: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 28.
51. Schlimpert: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 28.
52. Zehbe: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 28.
53. v. Stalewski: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 11.
54. Seige: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 39.
55. Klausner: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 40.
56. Jahrsdörfer: Inaugur.-Dissertation, Heidelberg 1912.
57. Frankenstein: Medizin. Klinik, 1912, No. 41.
58. Frank: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 14
59. Laehr: Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1912, Bd. 69, H. 4.
59a. Fornaca und Quarelli: Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 52.
60. Rappoport: Zeitschr. f. experiment. Pathologie u. Therapie, 1912, Bd. 9, H. 1.
61. Berner: Zeitschr. f. experiment. Pathol. u. Therapie, 1912, Bd. 9, H. 3.
62. Glombitza: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 6.
63. Loewe: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 20.
64. Goldstein: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 21.
65. Sioli: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 25.
66. Becker: Moderne Medizin, 1912, H. 11.
67. Kochmann: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 34.
68. Sternberg: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 12.

Das Schlafmittel, welches in meinem Sammelreferat von No. 7 und 8 des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift einen so breiten Raum einnahm, das Adalin, hat auch im Jahre 1912 noch manchen Autor zum Publizieren verleitet. So loben es Lube (1), Gudden (2), Mohr (3) und vor allen Dingen Glombitza (4) bei Erregungen und Schlaflosigkeit Geisteskranker. Speziell die Unschädlichkeit bei Herzklappenkranken und bei Herzneurosen, wie solche ja auch dem Irrenarzte als Nebenbefunde begegnen, wissen Walter (5) und Tiling (6) zu rühmen. Auch v. Ehrenwall (7) bestätigt dies und spricht von einem „brauchbaren Sedativum und Hypnoticum", das für mittelstarke nervöse Reizzustände sich eigne und dessen besonderes Anwendungsgebiet außer den mit Herzfehlern vergesellschafteten Psychosen bei Kindern, Greisen, Alkoholisten und Schwangeren zu suchen sei. Impens (8) warnt davor, ein durch Auflösen in Alkalien schon zersetztes Adalin zu verabreichen. Man gibt, so weit scheint man sich in der Literatur jetzt geeinigt zu haben, 3—4 mal täglich fraktionierte Dosen von ¼ oder ½ g, oder aber als Schlafmittel ¾—1 g abends; es scheint, als wenn man auch 1½ g ungestraft geben kann, wenngleich da schon vereinzelt von Nebenwirkungen berichtet wurde. Jedenfalls ist Adalin kein heroisches, stark wirkendes Hypnoticum und sein Preis nach wie vor recht teuer.

Die Wirkung von Brom und Baldrian vereinigt in sich ein neues Sedativum, Adamon genannt. Es wird in Pulver- oder Tablettenform à ½ g gegeben und soll sich bei nervösen Erregungszuständen nach Bogner (9) und v. Rad (10) bewährt haben, nach Frank (11) auch bei sexuellen Reizerscheinungen. Alle drei Autoren rühmen seine völlige Geruch- und Geschmacklosigkeit. Natürlich kommt es, seiner Herkunft entsprechend, nur als mildes Sedativum, nicht etwa als Narkoticum, in Betracht.

Interessant ist es, daß auch ein Autor versucht hat (ich habe diesen Aufsatz, der mir beim vorjährigen Berichte noch nicht zu Gesicht gekommen war, noch nachträglich zu zitieren), für den Alkohol als Hypnoticum eine Lanze zu brechen. Der Mut ist anzuerkennen, denn es gehört nachgerade zum guten Ton, beim Erwähnen des Namens Alkohol nur immer dessen schädigende Eigenschaften hervorzuheben. Die Bedeutung des Hypnoticums Alkohol in der Hand des psychiatrischen Therapeuten ist ja nicht groß, das gebe ich gern zu; viele Anstaltsleiter glauben ohne ihn auskommen zu können. Nun ja, ein anderer kann ohne Veronal auskommen, denn er haßt Veronalexantheme. Ein dritter fürchtet die Sulfonalniere und richtet den Bannstrahl gegen Sulfonal und Trional. Deshalb gehören aber Alkohol sowohl wie Veronal, Sulfonal usw. zum Arzneischatz des Psychiaters. Ich speziell schätze den Alkohol sehr, z. B. in der Melancholiebehandlung. Ich begrüße deshalb mit Freuden, wenn Sternberg (12) offen und ehrlich einmal wieder auf die hypnotische Kraft des Alkohols hinweist, insbesondere die bei höherer Temperatur. Widersprechen muß ich nur seiner Ansicht von der stärkeren Wirkung einer Mischung von verschiedenen alkoholischen Getränken (s. u.).

Unter dem Namen Aleudrin[1]) ist dann im Jahre 1912 ein Schlafmittel in den Handel gebracht, das zwar auch nicht zu den heroischen gehört — wenigstens nicht in den bisher erprobten kleineren Dosen —, über das aber bisher nur Gutes berichtet wurde, so von Gutowitz (13), Maas (14), Topp (15), Hirschberg (16), Flamm (17) und mir (18). Die relativ geringen Nebenwirkungen lassen eine weit hinausgeschobene toxische Grenze vermuten und haben mich zu dem Vorhaben verleitet, auch noch mit hohen Dosen Versuche zu wagen; hoffentlich kann ich nächstes Mal darüber berichten. Einstweilen gelten 1—2 g als erlaubte, weil viel erprobte, Dosen.

Aponal — Dosis auch wieder 1—2 g — ist ein anderes neues Schlafmittel, das auch seine Anhänger gefunden hat. Siemonstein (19) lobt Unschädlichkeit sowie Sicherheit, welch' letztere allerdings Wachtel (20) nicht anerkennen will für Patienten, die vorher mit Veronal oder Morphium behandelt waren. Kürbitz (21) schätzt die schlafmachende Wirkung gleich der des Trionals. Biberfeld (22) und Huber (23) äußern sich auch nicht absprechend, liefern aber mehr chemische Untersuchungsresultate.

Gemäß neueren psychiatrischen Bestrebungen, auch in der Kinderpraxis therapeutisch mehr praktische Erfolge zu erzielen, ist der Aufsatz von Schäfer (24) zu begrüßen, der Bromural tabletten à 0,3 g ein- bis dreimal täglich bei Hysterie, Epilepsie, Pavor nocturnus und Enuresis der Kinder warm empfiehlt.

Die Erfahrungen der Chirurgen verdienen auch manchmal besonderes Augenmerk seitens der Psychiater. Der Engländer Veale (25) verwandte in chirurgischer Praxis zu Narkotisierungszwecken 1000 bis 1200 ccm intravenös von einer 0,75 proz. Hedonallösung. Bei Steigerung der Dosis sah er Oedeme und Hautblasen, Lungenödem und Pneumonie, Infarkte und Thrombose.

Den Löwenanteil der Veröffentlichungen hat nun das Luminal, der neueste und anscheinend allgemein beliebteste Artikel auf dem Schlafmittelmarkte, im Jahre 1912 davongetragen. Aus der Zahl der Lobredner des Luminals nenne ich: Reiss (26), Meyer (27), Geissler (28), Wetzel (29), Graeffner (30), Juliusburger (31), Eder (32), Raecke (33), Treiber (34), Impens (35), Löwe (36), Goldstein (37), Dockhorn (38), Rosenfeld (39), Benedek (40) und Szedlak (41). Aber Goldstein sah schon ebenso wie Emanuel (42) die unangenehme kumulierende Wirkung. Zur Vorsicht bei Arteriosklerotikern glaubten nach ihren Erfahrungen Patschke (43) und Schaefer (44) mahnen zu müssen, während Treiber (45) und Sioli (46) merkwürdigerweise Luminal gerade bei der Agrypnie älterer Arteriosklerotiker empfahlen. Vor den Nebenerscheinungen (masernähnliches Exanthem, Schwindel, Erregungserscheinungen, Taumligsein) warnten bereits außer Patschke und Emanuel noch Löwe und Treiber. Gregor (47) nannte die Dosis von 0,2 g zwar unsicher, aber relativ harmlos, dagegen bezeichnete er das Sinken des Blutdruckes nach Darreichung von 0,4 g als erheblich und konstatierte, daß die toxische Wirkung 2- bis 2½ mal so groß ist als die des Medinals. Ich selbst habe Luminal in 4 proz. physiologischer Kochsalzlösung, die gleichzeitig eine 1/10 prom. Hyoscinlösung war, in Dosen von 5 bis 10 g Lösung wiederholt mit gutem Erfolge angewandt (18) und glaubte diese Art der Darreichung empfehlen zu können. Jetzt lese ich aber bei König (48) und Führer (49), daß sie Hautgangrän bezw. -nekrosen darnach sahen, was ich nie beobachtete. Daraufhin muß ich natürlich mahnen, mein damaliges Lob etwas vorsichtig aufzunehmen. Ueber Luminal als Antiepilepticum siehe unten.

Narcophin wird ein neues Opiumpräparat genannt. Nach Straub (50) vermag es die Morphinwirkung erheblich zu verstärken. Schlimpert (51) und Zehbe (52) loben es gleichfalls. Auch v. Stalewski (53) erklärt, daß Narcophin mehr leiste als Opium sowohl wie das Morphium. Die Schonung des Atemzentrums wird besonders hervorgehoben. Dosis 0,03 g per os oder subkutan.

Eine Lanze für ein gutes altes Sedativum und Hypnoticum, das ob des gewaltigen Ansturmes neuer, neuerer und neuester Schlafmittel mit an die Wand gedrückt zu werden droht, nämlich das Neuronal, bricht Seige (54), der es in leichten psychiatrischen Fällen in Dosen von 0,5 bis 1,0 g, in schweren von 2,0 bis 3.0 wieder warm empfiehlt.

Das Pantopon, dem ich in den beiden Vorjahren an dieser Stelle ja mehr als eine Spalte widmen konnte, hat sich in der Psychiatrie behauptet. Zwar glaubt Klausner (55) nachgewiesen zu haben, daß die Subkutaninjektion von Pantopon regelmäßig ein charakteristisches Arzneiexanthem nach sich zöge, aber jedenfalls ist dasselbe doch wohl gutartig und rasch vorübergehend. Eine glänzende Beurteilung fand das Pantopon aber wieder durch eine zu den Füßen des Ottheinrichbaues geschriebene Dissertation Jahrsdörfers (56), der die Einführung des Pantopons in die Psychiatrie durchaus einen Fortschritt und eine Bereicherung der Behandlung der Geisteskranken nennt. Opiumentziehungskuren mittels Pantopon glaubte Frankenstein (57) erfolgreich durchführen zu können.

Als souveränes Mittel in der Hand des Irrenarztes gilt bekanntlich immer noch das Skopolamin-Morphin. Demgegenüber will es wenig bedeuten, wenn Frank (58) von einem an sich ja recht interessanten Falle von Skopomorphinismus berichtet. Die Entziehung gelang innerhalb einiger Wochen rasch und ohne Beschwerden.

Mehr schon mahnt uns zur Vorsicht der von Laehr (59) publizierte Fall einer akuten Psychose nach chronischem (etwa 6½ Jahre durchgeführtem) Veronalgebrauch. Ist auch die beschriebene Geistesstörung gut abgelaufen, anscheinend sogar in völlige Genesung übergegangen, so sehen wir doch wieder eine Bereicherung unserer Kenntnisse von der Pathologie des Veronalismus und werden uns immer mehr merken, daß das Veronal kein harmloses und indifferentes, sondern unter Umständen stark schädigendes Arzneimittel darstellt[2]).

Aehnlich wie Laehr sahen Fornaca und Quarelli (59a) nach maßlosem Paraldehydmißbrauch bei einem Arzt einen an Säuferdelirium erinnernden psychotischen Zustand auftreten, der sich unter Pantopondarreichung allmählich besserte und am neunten Tage mit angeblich völliger psychischer und physischer Heilung endigte.

Versuche mit der kombinatorischen Darreichung von Narkoticis sind auch im Berichtsjahre wieder mehrfach unternommen worden. Rappoport (60) kombinierte Opium erfolgreich mit Urethan und Berner (61) will gefunden haben, daß Extr. Hyoscyami die narkotische Wirkung des Morphiums und des Urethans erheblich zu steigern vermöge. So kommt das halb vergessene Urethan wieder zu neuen Ehren. Glombitza (62) widerrät nach seinen Erfahrungen, Adalin in dieser Weise zu verwenden, da sich Intoxikationserscheinungen dann relativ oft einzustellen pflegten. Dagegen hat Loewe (63) in der Leipziger psychiatrischen Klinik dem Luminal kleine Morphindosen zugesetzt und glaubt auf diese Weise den Hyoscinverbrauch erheblich einschränken zu können. Goldstein hat Luminal mit Chloral und Opium kombiniert, glaubt gute Erfolge gesehen zu haben und verspricht uns später weitere diesbezügliche Mitteilungen. Sioli (64) andererseits gab Luminal, um bei lebhafter Unruhe der Kranken die Wirkung zu beschleunigen, in Verbindung mit Skopolamin. Auch ich habe, weil ich (66) im Hyoscin bezgl. der Nebenwirkungen mehr ein Antidot des Luminals sehe als im Morphin, meine Versuche im Siolischen Sinne gemacht und meine diesbezüglichen bescheidenen Resultate publiziert. — Kochmann (67) will im Gegensatz zu Bürgi experimentell nachgewiesen haben, daß der von Bürgi seinerzeit aufgestellte Satz nicht überall und stets sich bestätige. Daß sich vielmehr manchmal fast nur die unerwünschten Nebenwirkungen steigerten, hat Kochmann z. B. bei der Kombination Methylviolett + Glyzerin + Aethylalkohol gefunden. In diesem Dilemma muß uns die Empirie helfen. Sternberg (68) empfiehlt, die verschiedenen alkoholischen Getränke gemischt zu geben, um damit die hypnotische Kraft zu verstärken. Sollte sich das bewahrheiten, so würde das auch gegen Bürgi sprechen, denn hier würde sich dann Aethylalkohol + Methylviolett nicht addieren, sondern potenzieren. Ich glaube aber, Sternberg irrt sich und hat unbewußt nur psychisch auf seine Kranken eingewirkt. Nur glaube ich, daß sich in solchem Falle die unerwünschten Nebenwirkungen steigern, z. B. Likör in Bier geschüttet den Kater verstärkt, nicht aber die narkotische Wirkung. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Privatdozent Dr. **Bacmeister** und Medizinalpraktikant **Rueben** (Freiburg i. Br.): **Ueber „sekundäre" Tuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

In den letzten Jahren wurde von verschiedenen Autoren ein häufiges Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut, nicht nur bei vorgeschrittener Tuberkulose, sondern auch bei Initialfällen, gefunden. Es wurde bei diesen Untersuchungen das Blut in 3 proz. Essigsäure aufgelöst und dann mit dem Antiforminverfahren behandelt, und hiernach im Blut die Anwesenheit von säurefesten Bacillen auf mikroskopischem Wege nachgewiesen. Die Verfasser prüften diese Befunde nach und fanden dabei in allen Fällen im Blut Gebilde, die typischen säurefesten Bacillen völlig gleichen, und zwar nicht nur bei vorgeschrittener tuberkulöser Erkrankung, sondern auch bei allen leichteren und ganz initialen Fällen, ja sogar bei allen nicht tuberkulös erkrankten Menschen und auch im Blute sicher nicht tuberkulöser Kaninchen. Daher bezweifeln die Verfasser

[1]) Vergl. über dieses Mittel das ausführliche Spezialreferat im Referatenteil dieser Nummer. Red.

[2]) Nach Abschluß des Manuskriptes kommt mir noch ein hierher gehöriger Aufsatz zu Gesicht. Ich numeriere deshalb 59a.

die Identität der gefundenen Gebilde mit Tuberkelbacillen. In 15 Fällen initialer Tuberkulose, bei denen die mikroskopische Untersuchung „säurefeste Bacillen“ ergab, fiel der Impfversuch an Kaninchen völlig negativ aus. Es ergibt sich daraus in Verbindung mit den Resultaten anderer Autoren, daß im Tierversuch der Beweis für das regelmäßige dauernde Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blut bei nicht klinisch feststellbarer oder initialer Tuberkulose bisher nicht erbracht worden ist. Der Tierversuch ist aber das einzig sichere Kriterium für das Vorhandensein von Tuberkelbacillen im Blut.
R. L.

Dr. **Arthur Adler** (Berlin): **Die Pathogenese des akuten Gichtanfalls.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 45.)

Die Hauptsache und das Primäre ist nach Verfassers Auffassung der Sachlage eine Affektion der Zehennerven. Die Schwellung und Rötung der Haut in der Gelenkgegend und großen Zehe faßt er trophoneurotisch auf, ebenso wie die Entzündung und Exsudatbildung im Gelenk selbst. Die Gründe dafür, daß es sich im klassischen Gichtanfall im Mittelfuß-Zehengelenk in der Hauptsache um eine Neuralgie beziehungsweise Neuritis im Gebiete der Zehennerven des N. cutan. ped. dors. intern. (Zweig des N. peroneus) und des N. plantar. intern. (Zweig des N. tibialis) handelt, sind folgende: 1. sind bei Gichtikern überhaupt Schmerzen im Ischiadicusgebiet häufig; 2. treten nicht selten unmittelbar nach dem Genuß schädigender Substanzen mehr oder weniger heftiges Brennen und Stechen in der Zehenkuppe, auch ziehende Schmerzen in der Fußsohle im Verlauf des Plantar. intern. oder auch am Unterschenkel im N. peroneus auf, welche ebenso rasch wieder verschwinden, ohne von Schwellung der Gelenkgegend gefolgt zu sein oder prämonitorisch einem typischen Gichtanfall vorauszugehen. 3. Im Gegensatz zur rheumatischen Gelenkentzündung besteht beim akuten Gichtanfall eine außerordentliche Hyperalgesie der äußeren Haut. 4. Die Gelenkgegend ist nicht in ihrem ganzen Umfange, sondern nur an einzelnen Stellen druckschmerzhaft; diese Schmerzpunkte scheinen mit den Stellen übereinzustimmen, an welchen die Nerven der großen Zehe die Gelenkgegend überschreiten. 5. Dehnung des N. ischiadicus oder peroneus, erzeugt durch Druck von harten Gegenständen, beispielsweise beim Sitzen oder Lehnen auf einer Stuhlkante, verstärkt erheblich die Schmerzen in der großen Zehe oder bringt solche zum Vorschein. 6. Die Gichtschmerzen exazerbieren wie bei Ischias in der Nacht.
Kr.

Chirurgie.

R. Hinz: Ueber den primären Dünndarmkrebs. (Archiv. f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 2.)

Der primäre Krebs des Dünndarmes ist sehr selten. Zu den 47 aus der Literatur gesammelten und auszugsweise mitgeteilten Fällen ist Verf. in der Lage, 5 eigene Beobachtungen aus den Krankenhäusern Britz und Lichterfelde hinzuzufügen. Morphologisch präsentiert sich der Dünndarmkrebs in der Regel als Zylinderzellencarcinom mit drüsigem Bau (Carc. adenomatosum cylindro-epitheliale). Von 22 histologisch untersuchten Fällen zeigten 19 diese Struktur. Zwischen dem derben zirkulären Scirrhus und den die Darmwand infiltrierenden breitbasig aufsitzenden und polypös ins Lumen vorspringenden Formen finden sich alle Uebergänge. Trotz schnellen Wachstums und starker Verlegung des Darmlumens fehlen Stenosensymptome häufig. 28 stenosierenden Carcinomen stehen 16 Fälle ohne Stenose gegenüber; bei letzteren können die Lokalsymptome gering sein oder ganz fehlen. Aehnlich wie beim Magenkrebs entwickelt sich das Dünndarmcarcinom häufig ganz schleichend und symptomlos, und wenn dann stürmische, alarmierende Symptome auftreten, kommt die ärztliche Hilfe meist zu spät. In 25 pCt. der Fälle sind fixe, kolikartige Schmerzen in der Gegend des Tumors angegeben. Von den 16 Fällen ohne Stenose blieben 5 unoperiert, 4 wurden probelaparotomiert, 3 palliativ und 4 radikal operiert. Von letzteren ist nur einer dauernd geheilt geblieben. Von den stenosierenden Formen blieben 7 unoperiert, 9 wurden palliativ, 12 radikal operiert. Von diesen blieben 3 dauernd geheilt. Was die Technik betrifft, so kommen zweizeitige Methoden am Dünndarm kaum in Betracht. Die Methode der Wahl ist die einzeitige Resektion mit zirkulärer Naht. Für sehr hochsitzende Formen empfiehlt Verf. die Vereinigung des durch das geschlitzte Mesocolon transversum hindurchgezogenen aboralen Jejunumstumpfes mit dem Duodenum, nachdem das orale Jejunumende blind verschlossen worden ist („Duodenojejunostomia retrocolica“).
A d l e r (Berlin-Pankow).

Rhino-Laryngologie.

Dr. **Ath. A. Zografides** (Athen): **Die Ozaena, ihr Wesen und ihre Therapie.** (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1912, Heft 12.)

Verf. hält die Ozaena für eine reine T r o p h o n e u r o s e d e s T r i g e m i n u s, eine Annahme, die auch schon einige andere Autoren, wie Z a r n i k o, gemacht haben. Als Stütze für diese Theorie führt Verf. besonders an, daß bei den nur in der einen Nasenhöhle an Ozaena leidenden Patienten sowie auch bei denen, die in der einen Nasenhöhle größere Atrophie zeigen als in der anderen, auch die entsprechende Hälfte des Gesichts augenscheinliche Atrophie der Weichteile und der darunterliegenden knöchernen Gewebe zeigte. Die bisher bei Ozaena beschriebenen und als Krankheitserreger angesehenen Bacillen betrachtet Verf. als einfache Begleiter, die in keiner Beziehung zu der Atrophie stehen. Vielleicht tragen sie zu dem üblen Geruch bei, aber dieser ist nicht die Grundkrankheit, sondern nur ein Symptom. Verf. b e h a n d e l t d i e O z a e n a nach folgender Methode: In den ersten 2—3 Tagen werden dem Patienten Nasenspülungen verordnet, um die Nasenhöhle zu reinigen. Die so vorbereitete Nasenhöhle wird dann mit Watte von den etwa noch vorhandenen Sekretmassen gereinigt; dann beginnt man an der unteren Nasenmuschel von hinten nach vorn und von unten nach oben die Schleimhaut mit dem Galvanokanter zu berühren. Der Galvanokanter wird nicht mit intensiv glühender Spitze angewendet, sondern mit nur sehr wenig erwärmter, sehr breiter Spitze; sie kommt daher mit einem größeren Teil der Schleimhaut in Berührung, wodurch die Dauer einer Sitzung wesentlich verkürzt wird. Es wird, da die berührende Spitze nur wenig erhitzt ist, kein Brandschorf hervorgerufen, sondern nur eine Hyperämie, die genügend ist, die atonischen Gewebe zu ernähren. Nach Herumführen der Spitze auf der ganzen Oberfläche beider Nasenhöhlen wird die Nase vorn leicht mit einem Stück Watte verstopft, die der Patient nach einer halben Stunde entfernen darf. Der Patient fühlt nach der Reizung der Schleimhaut eine Art von Kribbeln in der Nasenhöhle und der Schleim wird vom ersten Tage an flüssiger. Außer dieser Anwendung des Galvanokanters verordnet Verf. dem Patienten eine K a l o m e l s a l b e (2—10 proz), welche der Patient mittels Watte 1—2 mal am Tage in die Nasenhöhle einreibt. Innerlich bekommt der Patient Jodpräparate, auch Eisen oder Lebertran mit Phosphor oder Arsen in subkutanen Injektionen. In vielen Fällen gelang es mittels dieser Methode in 1 Monat bei täglichen Sitzungen Heilung zu erzielen. Später wird die Behandlung jeden zweiten, dritten Tag und seltener angewendet. Jede Sitzung dauert für jede Nasenhöhle 2—3 Minuten. Von 24 Patienten, deren Behandlung abgeschlossen ist, wurden alle geheilt; keiner hatte später einen Rückfall.
R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiet der Therapie.

Medikamentöse Therapie (interne und externe).

Aleudrin. Zusammenstellung der Ergebnisse der bisher darüber erschienenen Arbeiten.

Mit der Einführung des Chloralhydrats als ersten synthetischen Schlafmittels durch L i e b r e i c h setzte eine eifrige Forschertätigkeit zur Auffindung neuer Mittel für denselben Zweck ein.

Die zahlreichen Produkte, welche auf Grund dieser Bestrebungen entstanden sind, haben jedoch das Chloralhydrat nicht verdrängt, welches ungeachtet seiner unangenehmen Nebenwirkungen auf Temperaturregulierung und Zirkulation noch häufig als Schlafmittel verordnet wird.

Das Chloralhydrat

```
          H   O—H
          |  \
    C Cl₃ C=O   H
```

ist chemisch einerseits als Aldehyd des Methylchloroform und andererseits als Trichloracetaldehyd aufzufassen.

Das Methylchloroform

$$C\,Cl_3{-}CH_3$$

besitzt als Halogenkohlenwasserstoff narkotische Eigenschaften. Wie bekannt, nimmt die Intensität dieser physiologischen Wirkung mit der Anzahl der Chloratome zu. Daneben hat das Methylchloroform temperaturherabsetzende Wirkung, was der Anhäufung der Chloratome an einem Kohlenstoffatom zuzuschreiben ist.

Beim Trichloräthylalkohol

$$C{=}Cl_3{-}CH_2{-}OH$$

der sich durch Einführung einer OH-Gruppe in das Methylchloroform ableitet, ist der narkotische Effekt gegenüber dem zugrundeliegenden Halogenkohlenwasserstoff erhöht. Beim Chloralhydrat,

```
          H  OH
          | /
    C Cl₃ C
           \
            OH
```

bei dem wir zwei Hydroxylgruppen an einem C-Atom annehmen, ist er noch weiter gesteigert. Zugleich verursacht aber die Aldehydgruppe die schädigende Wirkung auf Atmung und Kreislauf.

Bekanntlich sind die Versuche, die schädigenden Wirkungen des Chloralhydrats durch Festlegung der Aldehydgruppe

zu beseitigen, fehlgeschlagen, da sich nur diejenigen Verbindungen als wirksam erweisen, bei denen das Chloralhydrat im Organismus regeneriert wird, und somit auch die Wirkung der Aldehydgruppe zutage tritt.

Durch diese Erwägung waren neue Richtlinien für die Anstellung von synthetischen Versuchen im Laboratorium der Chemischen Fabrik Dr. Bruno Beckmann in Berlin gegeben. Man berücksichtigte dabei die Erfahrung, daß sich mit verschiedenen Atomkomplexen, die von getrennten Angriffspunkten aus gleichsinnige physiologische Wirkungen auslösen, ein potenzierter Gesamteffekt erzielen läßt, wenn diese Komplexe zu einer chemischen Verbindung vereinigt werden.

Um die obenerwähnten schädigenden Wirkungen der Aldehyde zu vermeiden, wurden an deren Stelle halogenierte Alkohole verwendet, die zwecks Erhöhung ihrer hypnotischen Wirkung mit der Urethangruppe kombiniert werden.

Zur vollkommenen Ausschaltung sowohl der temperaturherabsetzenden als auch der zirkulationsschädigenden Wirkung gelangte man aber erst, als nur solche halogenierte Alkohole gewählt wurden, bei denen die Halogenatome an verschiedenen Kohlenstoffatomen sitzen.

Aus der großen Zahl der in dem Beckmannschen Laboratorium nach obigem Prinzip hergestellten chemischen Verbindungen zeichnet sich der unter dem Namen Aleudrin in den Handel gebrachte Carbaminsäureester des $\alpha\alpha$-Dichlorisopropylalkohols dadurch aus, daß er neben seinen hypnotischen Eigenschaften auch analgetische Wirkungen auszulösen vermag, ohne irgendwelche unangenehmen Neben- oder Nachwirkungen zu zeigen.

Chemische Eigenschaften.

Das Aleudrin ist eine weiße, geruchlose, schön kristallisierende Substanz, die bei 82° schmilzt, von der folgenden Zusammensetzung:

$$\begin{array}{l} CH_2 \cdot Cl \\ \cdot \\ CH \cdot OCONH_2 \\ \cdot \\ CH_2 \cdot Cl. \end{array}$$

Es löst sich leicht in Alkohol, Benzol, Chloroform, Aether, Aceton, Glyzerin und fetten Oelen. Aus der Lösung in Benzol wird es durch Ligroin kristallinisch gefällt. In Wasser ist es schwer löslich (bei 15° etwa 0,75 pCt., bei 70° etwa 6 pCt.). In Wasser, dem Glyzerin (2:100) zugesetzt ist, läßt sich durch Erwärmen leicht eine 2 proz. Aleudrinlösung herstellen, die bei Körpertemperatur noch nicht auskristallisiert.

Pharmakologische Prüfung.

Th. A. Maass[1]) hat im tierphysiologischen Institut der landwirtschaftlichen Hochschule ausgedehnte Untersuchungen über die Wirkung des Aleudrins auf Kalt- und Warmblüter angestellt. Bei Fischen wurde ermittelt, daß die Konzentration der Aleudrinlösung, die imstande ist, die in ihr schwimmenden Fische tödlich zu vergiften, mehr als das 26 fache von der betragen muß, welche noch deutlich narkotische Wirkungen ausübt. Blutaustritte und Entzündungen der Kiemen-Schleimhäute, wie sie das Chloralhydrat schon in relativ niedrigen Konzentrationen hervorruft, blieben beim Aleudrin aus. Bei Fröschen wirkt eine Dosis von 0,08 mg pro Gramm Frosch einschläfernd, eine Dosis von 0,24 mg vollkommen anästhesierend. Selbst eine Menge von 1,0 mg pro Gramm Frosch, welche tagelang anhaltende tiefste Narkose erzeugt, wird noch ohne Schädigung vertragen. Die tödliche Dosis beträgt somit mehr als das 14 fache der schlafmachenden und mehr als das 4 fache der anästhesierenden.

Wichtige Schlüsse auf die Verwendungsmöglichkeit des Aleudrins für den Menschen ergeben sich aus den Versuchen an Warmblütern. Beim Hunde erzeugen Dosen von 0,1 g pro Kilogramm Hund leichte Benommenheit, solche von 0,15 g einen zweistündigen Schlaf, Dosen von 0,6 g einen 70 Stunden langen Schlaf mit lang anhaltender vollkommener Anästhesie. Durch Anwendung von 0,3—0,35 g pro Kilogramm Hund gelang es, tiefe, für große Operationen ausreichende Narkose zu erzielen. Bei Katzen zeigten schon 0,05 g pro Kilogramm Katze eine deutlich einschläfernde Wirkung. Für Kaninchen lag die einschläfernde Dosis erst bei 0,5 g pro Kilogramm Tier.

Die Wirkung des Aleudrin auf Temperatur, Respiration, Zirkulation und andere Körperfunktionen, insbesondere auf den Blutdruck, wurde mittels exaktester Methodik untersucht. Alle genannten Funktionen wurden, im Gegensatz zu anderen Narkoticis, durch Aleudrin fast unmerklich alteriert. So wirkte Aleudrin z. B. nur ganz außerordentlich wenig auf die Temperatur. Besonders hervorzuheben ist aber die fast völlig fehlende Beeinflussung des Blutdrucks. Bei Katzen trat selbst auf die mehrfach tödliche Dosis kaum eine nennenswerte Blutdrucksenkung ein. Das Warmblüterherz bleibt durch dieses Mittel anscheinend völlig unbeeinflußt. Es ist somit der exakte Beweis erbracht, daß das Aleudrin ein prompt wirkendes Hypnoticum ist, das manchen anderen Hypnoticis an Wirksamkeit weit überlegen ist. Dabei hat sich ergeben, daß es praktisch weit brauchbarer ist, weil ihm keine schädlichen Nebenwirkungen anhaften. Das Aleudrin ist, soweit sich dies überhaupt von einem Arzneimittel sagen läßt, völlig ungiftig und harmlos.

Klinische Erfahrungen.

Schon die ersten orientierenden Versuche am Menschen ergaben die Brauchbarkeit des Aleudrins als Sedativum und Hypnoticum. Dosen von 0,5 g bewirkten gewöhnlich eine ausgesprochene Beruhigung und häufig eine deutliche Linderung bestehender Schmerzen. Eine Dosis von 1 g erzeugte meist mehrstündigen Schlaf, und zwar erfolgte der Schlaf nach vorhergehendem normalen Ermüdungsgefühl. Nach dem Erwachen bestand keine Benommenheit, sondern das angenehme Gefühl der Frische und Erquickung. Auch bei Schlaflosigkeit infolge heftiger Schmerzen versagt das Aleudrin nicht, doch muß man dann höhere Dosen wählen, was wegen der Unschädlichkeit des Mittels ohne Bedenken geschehen kann; so wurden 3,0 g bei guter Wirkung anstandslos vertragen.

In der Folge hat nun das Aleudrin vielfach Anwendung am Krankenbette gefunden, und es liegt bereits eine Reihe klinischer Erfahrungen vor. So hat R. Topp[2]) Beobachtungen angestellt, die sich mit den Ergebnissen von Th. A. Maass[3]) durchaus decken. Besonders beim Bestehen intensiver Schmerzen hat sich das Aleudrin in den Fällen von R. Topp glänzend bewährt, auch noch dort, wo eben infolge dieser Schmerzen andere Schlafmittel und Sedativa häufig versagten. Selbst bei heftigsten Schmerzzuständen, wie den lancinierenden Schmerzen der Tabiker, trat bei Dosen von 1,5 g Schlaf ein. Die Dauer des Schlafes beträgt hier durchschnittlich 6 bis 7 Stunden. Topp bestätigt, daß 20 bis 30 Minuten nach Einnehmen der Tabletten eine angenehme Ermüdung eintritt, die rasch in Schlummer und ruhigen Schlaf übergeht. Der Schlaf macht einen durchaus natürlichen Eindruck. Die Patienten erwachen meist völlig frisch und beschwerdefrei. Schwindel und Benommenheit wurde niemals beobachtet. Der Effekt des Aleudrin bei häufig wiederholter Darreichung blieb stets der gleiche, ohne daß die Dosis gesteigert zu werden brauchte.

Die schmerzlindernde und schlaferzeugende Wirkung des Aleudrin hat auch Gutowitz[4]) an einer Reihe von zum Teil recht hartnäckigen Fällen erprobt. Auch er betont das Fehlen irgendwelcher Nebenwirkungen, jeglicher kumulativen Wirkung oder Abschwächung durch Gewöhnung und erkennt dem Aleudrin eine hervorragende Rolle in der Reihe der Hypnotica zu.

Wie aus den pharmakologischen Versuchen hervorgeht, ist das Aleudrin nicht nur ein Schlafmittel, sondern es vermag alle Phasen der psychischen Beeinflussung, von leichter Benommenheit bis zu tiefer Narkose, hervorzurufen. Es dürfte daher besonders in der Praxis des Nervenarztes und des Psychiaters ein weites Anwendungsgebiet finden, denn es wirkt als Sedativum auf Erregungszustände jeden Grades. Diesen depressiven Effekt des Aleudrin konnte auch Hirschberg[5]) beobachten. Gerade bei Neurasthenikern läßt ja die dauernd bestehende Erregung nur schwer völlige Ruhe eintreten. Hier schien die Aleudrinanwendung von vornherein gegeben und versagte auch niemals. Aber auch solche Fälle, in denen die Erregungszustände noch durch körperliche Schmerzen kompliziert waren, wurden durch Aleudrin günstig beeinflußt, selbst dann, wenn sonstige Analgetica und Hypnotica bereits versagt hatten.

Ueber ähnliche Erfahrungen berichtet Flamm[6]), dem sich das Aleudrin in Fällen von manischer Depression, Demenz, Angstpsychose und Melancholie als brauchbares Sedativum und Hypnoticum erwies. Auch hier wurden niemals unangenehme Nebenerscheinungen von seiten der Zirkulation oder des Verdauungstraktus beobachtet. Auch wurde die Temperatur niemals gesteigert oder herabgesetzt. In den angeführten Fällen handelte es sich um zum Teil hochgradige Erregungszustände, die durch Aleudrin erfolgreich bekämpft wurden. In der Dosis von 3 bis 4 Tabletten à 0,5 g konnte Flamm das Aleudrin als Ersatz für stärker wirkende Narkotica verwenden, und zwar durch lange Zeit fortgesetzt, ohne daß sich irgendwelche Schädigungen oder eine kumulative Wirkung bemerkbar machten. Dies wird auch von Becker[7]) bestätigt, der das Aleudrin ebenfalls bei hochgradig erregten Geisteskranken anwandte, und zwar zum Teil sogar als Ersatz für Morphium-Hyoscininjektionen. Hervorragende Wirkung

[1]) Dr. Th. A. Maass: Biochemische Zeitschr., Bd. 43, H. 1 u. 2. Aus dem tierphysiol. Institut der kgl. Hochschule Berlin (Dir. Geh.-Rat Prof. Dr. N. Zuntz.)

[2]) Dr. R. Topp: Ueber Aleudrin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel. Aus der St. Josephs-Heilanstalt, Berlin-Weißensee. Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 47.

[3]) Dr. Th. A. Maass: Pharmakologische Untersuchungen über Aleudrin, ein neues Hypnoticum und Sedativum. Deutsche medizin. Wochenschr., 1912, No. 26

[4]) Dr. Gutowitz: Aleudrin, ein neues Hypnoticum u. Sedativum. Medizinische Klinik, 1912, No. 47.

[5]) Dr. Hirschberg: Aleudrin, ein neues Sedativum. Psych.-Neurol. Wochenschr., 1912, No. 31.

[6]) Dr. R. Flamm: Aus der Heilanstalt Dr. Leonhardt, Berlin-Waidmannslust. Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 49.

[7]) Dr. W. H. Becker: Aus der Landesirrenanstalt Weilmünster. Moderne Medizin, 1912, No. 11.

sah Becker auch, wo er 3,0 g Aleudrin an Stelle von Sulfonal gab, um eine protrahierte sedative Wirkung zu erzielen. In solchen Fällen wirkte das Aleudrin rascher und sicherer als Sulfonal. Ganz besonders hebt er hervor, daß das Aleudrin viel unschädlicher sei als Sulfonal. Nie wurde der Puls schlecht, nie enthielt der Urin Eiweiß, nie wurden irgendwelche störenden Nebenwirkungen beobachtet. Becker glaubt, daß man bei kräftigen Individuen bis zu Dosen von 5,0 g hinaufgehen könne.

Indikationen.

Die Eigenschaft des Aleudrin, sowohl hypnotisch und sedativ, als auch analgetisch zu wirken, sichert ihm ein umfangreicheres Anwendungsgebiet als den meisten bisher bekannten Schlafmitteln. Als Hypnoticum und Einschläferungsmittel kommt es zunächst bei allen einfachen und komplizierten Fällen von Insomnie in Frage. Aber auch dort, wo es nicht direkt auf eine Schlafwirkung ankommt, sondern mehr auf einen sedativen Effekt, wirkt das Aleudrin prompt. Es ist indiziert bei allen Formen der Neurasthenie und Hysterie, bei psychischen Störungen aller Art bis hinauf zu den schwersten Erregungszuständen und Psychosen. Seine analgetische Wirkung entfaltet das Aleudrin besonders da, wo körperliche Schmerzen, namentlich nervöser Natur, wie Ischias, lancinierende Schmerzen der Tabiker und Trigeminusneuralgie sowie sonstige Beschwerden den Schlaf nicht aufkommen lassen. In der Kinderpraxis wurden bei Chorea minor glänzende Erfolge gesehen. Von sonstigen Spezialindikationen sei nur noch die auffallend prompte Wirkung bei dysmenorrhoischen Beschwerden und der allgemein beruhigende Effekt vor operativen Eingriffen im Gebiet der kleinen Chirurgie und zahnärztlichen Praxis erwähnt.

Anwendungsweise.

Aleudrin kommt sowohl in Tabletten à 0,5 g als auch in fein kristallinischer Substanz in den Handel. Die Tabletten zerfallen leicht in allen Flüssigkeiten. — Um die Resorption zu begünstigen und einen schnelleren Eintritt des hypnotischen Effektes zu erzielen, empfiehlt es sich, das Aleudrin in warmen Flüssigkeiten, wie Zuckerwasser, Tee (Baldriantee), Zitronenwasser oder auch Glühwein, zu geben. Man kann die Tabletten auch einfach zerkauen und mit einem warmen Getränk hinunterspülen lassen. — Als Sedativum und zur Schmerzlinderung werden 1—2 Tabletten verordnet. Zur Erzielung von ruhigem Schlaf, je nach dem Grade der Schlaflosigkeit, 2 bis 4 Tabletten vor dem Zubettgehen. Größere Dosen bis zu 6 Tabletten, auf einmal genommen, werden ohne unerwünschte Nebenwirkungen vertragen. — Bei manischen Erregungszuständen, bei Delirium alkoholicum und bei Aufregungszuständen im Anschluß an Entziehungskuren ist Aleudrin in refracta dosi, 3—4 mal täglich 1 Tablette, zu verabreichen.

Verordnung.

Rp. Tabl. Aleudrin 0,5 dos. No. 10 (Originalpackung).

Dr. S. **Schick**, Arzt d. k. k. Hof- und Staatsdruckerei in Wien: **Die Krebsbehandlungsmethode Dr. Zellers.** (Wiener med. Wochenschrift, 1912, No. 48.)

Dr. Zeller in Weilheim behandelt den Krebs mit äußeren und inneren Mitteln. Das äußere ist eine Arsen-Quecksilberpaste, das innere ein Siliciumpräparat. Zeller nennt das erstere Cinnabarsana (von Zinnober und Arsen), das letztere Nacasilicium (von Na- und Ka-Salz des Acidum silicicum). Beide Präparate sind in ihrer Anwendung gegen den Krebs nicht neu; die Originalität der Zellerschen Methode besteht nur in der gleichzeitigen Anwendung beider. Zeller stellt sich vor, daß die Kachexie des Krebskranken von Ptomainen herrührt, die durch die Zerfallsprodukte der nekrotischen Geschwulst gebildet werden. Durch jahrelange Versuche stellte Zeller fest, daß sowohl die Applikation von Injektionen, als auch das anhaltende Einnehmen von Siliciumsalzen imstande ist, die Entwicklung der Krebskrankheit aufzuhalten; ferner behauptet er, daß Krebsgeschwülste und Metastasen durch Nacasilicium zur Verkleinerung und zum Verschwinden gebracht werden können, daß aber insbesondere bei größeren Geschwülsten die Nekrose nicht aufgehalten wird. Und da er gerade der Nekrose den allgemeinen Kräfteverfall, die Kachexie, zuschreibt, suchte er nach einem Mittel, das ohne Schädigung der gesunden Gewebe die Zerfallsprodukte zu zerstören und dadurch die Ptomainbildung zu verhindern imstande wäre. Dieses Mittel fand er in der Arsen-Quecksilberpaste. Nun dachte er so: die Paste werde die Hauptgeschwulst rasch zerstören, das Silicium aber die wurzelartigen Keime, die lebendigen Sprossen, die der Krebs in normales Gewebe hineinsendet und welche die Paste nicht erfassen kann, abtöten; in nekrotischen Geschwülsten aber würde die Paste die weitere Ptomainebildung verhindern und das Silicium die noch lebenden Geschwulstbestandteile abtöten. Auf diese Ueberlegung hin hat Zeller 57 Fälle behandelt. Unter diesen 57 Fällen befinden sich 15 Carcinome der Haut, Epitheliome, Ulcera rodentia, 28 Carcinome der Haut und Weichteile, davon sind 5 Mammacarcinome, 2 Carcinome der Portio vaginalis, 3 Lippencarcinome, 18 Carcinome des Gesichts und des Schädels, dann sind 13 Carcinome, welche Haut, Unterhautzellgewebe, Muskeln, Fascie und Knochen infiltriert haben. Von diesen 57 Fällen sind derzeit 44 geheilt, 10 stehen noch in Behandlung, von denen 6 in Heilung begriffen sind, während bei 4 anderen wegen Kachexie und hohen Alters die Heilung zweifelhaft erscheint, und 3 sind an interkurrenten Krankheiten, Ascites, Pneumonie und Influenza im Alter von 73, 56 und 78 Jahren gestorben. Unter den Geheilten befinden sich 14 Hautcarcinome, ferner 19 Carcinome, die ihren Sitz in Haut- und Weichteilen haben, darunter 1 inoperables Mammacarcinom und ein Rezidivmammacarcinom, sowie 2 Portiocarcinome und 3 Rezidivcarcinome der Nase; geheilt sind ferner: 10 infiltrierende Markcarcinome, welche die Haut bis zum Knochen, sowie auch diesen eingenommen hatten, darunter ein inoperables Mammacarcinom, 2 Nasenrezidiv- und 1 Kinnrezidivcarcinom.

Verf. schildert nun die Behandlung der Krebskranken, wie er sie bei Zeller beobachtete. Die Technik der Pastenbehandlung ist die denkbar einfachste. Die Paste wird aus dem roten Arsen-Zinnoberpulver bereitet, indem man dasselbe in ein kleines Porzellanschälchen schüttet, es mit ein paar Tropfen Wasser versetzt und mit einem Glasstäbchen verrührt. Die so gewonnene dicke Farbe wird mittels eines Pinsels auf die erkrankten Partien und ihre Umgebung dick aufgestrichen. Das inzwischen im Handel erschienene Cinnabarsana ist nicht mehr rot und gepulvert, sondern dunkelbraun und gelatinös, und zwar rühren diese Veränderungen vom Mehrgehalt an Kohle und Glyzerinzusatz her.

Kleine Geschwüre werden, nachdem die Farbe trocken geworden ist, mit Kollodium überzogen, große mit hydrophiler Gaze bedeckt und mit Leukoplast abgeschlossen und fixiert. So werden vor allem alle Hautkrebse behandelt; aber auch bei Schleimhautkrebsen wird die Paste in ähnlicher Weise mit dem Pinsel aufgetragen. Auf diese Weise sah Verf. Krebse der Mundhöhle, der Zunge, der Mandeln, der Lippen und des Mastdarmes behandeln. Nur bei den Krebsen der Zunge, auf welcher die Paste beim Bepinseln nicht gut haftet, zieht es Zeller vor, die Paste direkt mit dem Finger in das Geschwür einzureiben. Die Behandlung der Krebse der Portio vaginalis und des Corpus uteri besteht einfach in Pinselung der Portio oder in Einführung von Tampons, während beim Corpuscarcinom die intrauterine Arsenikpastenätzung in Anwendung kommt. Carcinome des Rektums werden durch ein rinnenförmiges Speculum zugänglich gemacht und in ihrer ganzen Ausdehnung dick mit Paste eingepinselt.

Mammacarcinome, die nur als kleinere oder größere Knoten durch die Mamma tastbar sind — also geschlossene Carcinome — werden in Weilheim nicht zurückgehalten. Die Patienten können wieder nach Hause fahren und brauchen nur Nacasilicium zu nehmen. Sie müssen von Zeit zu Zeit Bericht über ihren Zustand geben und werden angewiesen, nur zu kommen, sobald der Knoten durchgebrochen ist. Zeller fürchtet sich eben nicht vor der Metastasenbildung, die er durch Nacasilicium unschädlich zu machen glaubt, und aus demselben Grunde auch vor dem Wachstum des primären Tumors nicht; nur der Nekrose und der damit verbundenen Ptomainbildung hält er das Silicium nicht gewachsen, und zur Zerstörung der nekrotischen Geschwulst sowie zur Verhinderung der weiteren Ptomainbildung wendet er dann die Paste an. Exulcerierte Mammatumoren dagegen behandelt er sofort nach der kombinierten Methode; dort, wo die Geschwülste nahe dem Durchbruch sind, wendet er ebenfalls die Paste zum Zwecke der Durchätzung der verdünnten Haut an. Was die Häufigkeit der Behandlung anbelangt, so richtet sich dieselbe nach der Lokalisation der Krankheit. Dort, wo die Paste länger ihre Wirkung ausüben kann, findet die Pinselung seltener, dort, wo sie nicht lange verweilt, öfter statt. Hautkrebse werden nur alle 8—14 Tage, Rektumcarcinome alle 8 Tage, Portiocarcinome je nach der Sekretion und Blutung 1—3 mal wöchentlich, Mammacarcinome alle 8—14 Tage, Carcinome der Mundhöhle am öftesten, 3—4 mal wöchentlich, gepinselt.

Die Heilungsdauer variiert natürlich sehr, je nach dem Charakter und der Ausdehnung des Krebses. Kleine Hautcarcinome heilen in 3—4 Wochen, manchmal schon nach 1 bis 2 Behandlungen. Größere Hautdefekte mit Zerstörung des Unterhautzellgewebes, der Muskeln oder Knochen brauchen bis zur vollkommenen Heilung auch bis zu einem Jahr. Lippencarcinome auch von geringer Ausdehnung brauchen ca. drei Monate, Mammacarcinome 4—16 Monate.

Zum Schluß berichtet Verf. über einige der interessantesten Fälle, die er in Weilheim gesehen hat, und spricht im Anschluß daran den Wunsch aus, daß immer mehr Aerzte sich mit dieser Methode vertraut machen möchten. Kr.

Dr. A. **Strauss** (Barmen): **Weiterer Beitrag zur Chemotherapie der äußeren Tuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Verf. gibt hier genauere Einzelheiten über die von ihm seit kurzem geübte Behandlung der Hauttuberkulose, besonders des Lupus, mit den auf Veranlassung von Finkler hergestellten neuen Verbindungen. Es handelt sich teils um

komplexe Kupferverbindungen, teils um wässerige Jodmethylenblaulösungen. Zur örtlichen Behandlung bewährten sich am besten Salben aus einer neuen chemischen Verbindung, welche aus anorganischen oder komplexen Kupfersalzen und Lecithin bestehen, mit oder ohne Zusatz einer gesättigten wässerigen Jodmethylenblaulösung. Die Salben sind ohne Fett mit Alkohol hergestellt. Zur allgemeinen Behandlung eignet sich am besten eine aus einem komplexen Kupfersalz (mit oder ohne Lecithin) hergestellte Lösung. Die Injektionen werden am besten tief intramuskulär gemacht; sie werden im allgemeinen gut vertragen, sind aber nicht ganz schmerzlos. Die Injektionen werden besser erträglich, wenn man die Lösung in der Spritze mit gleichen Teilen einer 1 proz. Kokainlösung mischt. Bei subkutaner oder intrakutaner Injektion können Nekrosen entstehen. Gut bewährten sich zur Allgemeinbehandlung Inunktionskuren mit einer Salbe, die im wesentlichen aus einer Kombination von Lecithin mit anorganischem Kupfersalz besteht, ferner intravenöse Injektionen, sowie auch Klysmen. Für die Verabreichung per os eignen sich Kapseln mit Jodmethylenblau, ferner Kapseln, Tabletten und Pillen mit den neuen Präparaten. Die anorganischen Kupfersalze reizen mehr als die komplexen. Daher sind letztere bei der örtlichen Behandlung vorzuziehen. Dagegen wirken die anorganischen Salze energischer. Man beginne die Injektionen mit kleinen Dosen, $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ ccm der Lösung, und steige bis zu 1 ccm, entsprechend 0,01 Kupfer, bei intravenöser Einverleibung bis 0,1 in 10 ccm Wasser. Man gebe anfangs zwei Spritzen pro Woche, später eine Spritze. Für längere Behandlung empfiehlt Verf. Inunktionskuren, die wie Quecksilberkuren durchzuführen sind, täglich 3—5 g der Salbe einzureiben. Bei innerlicher Behandlung gebe man die Kapseln, Pillen oder Tabletten 1—3 mal täglich nach dem Essen. Was die örtliche Behandlung anlangt, so behandele man bei größeren Lupusherden am besten immer nur einzelne Herde; die Salben lasse man entweder 2—3 mal täglich energisch einreiben, oder man lasse sie besonders des Nachts, auf Mull gestrichen, auflegen. Nach Eintritt der Reaktion befördert folgende Salbe die Abheilung: Bismut. subgallic. 3, Liq. Alumin. acetic. (20 proz.) 3—6, Eucerin. anhydric. ad 30. Dieser Salbe kann man noch Cykloform (10 proz.) zusetzen. Nach Ablauf der Reaktion unter dieser Salbe hat man die Kur so lange zu wiederholen, bis alle Infiltrate verschwunden sind. Bei Lupus steht die örtliche Behandlung in erster Linie. Zur Sensibilisierung der erkrankten Gewebe bei Lupus empfiehlt Verf. Lichtbehandlung; in besonders hartnäckigen Fällen von Lupus auch das Gefrieren mittels Kohlensäureschnee. In einer Reihe von Lupusfällen hat Verf., wie die beigefügten Abbildungen beweisen, sehr gute Resultate erzielt. (Die neuen Präparate werden von den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld hergestellt und vorläufig nur zu Nachprüfungen abgegeben.)

Dr. med. **Zink** (Davos): **Ueber Versuche mit Mesbé.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Verf. behandelte in der Basler Heilstätte zu Davos 6 Fälle von gleichzeitiger Lungen- und Kehlkopftuberkulose versuchsweise mit dem neuen „Tuberkuloseheilmittel" Mesbé. Die einzelnen Fälle waren sowohl hinsichtlich des Kehlkopfbefundes wie in bezug auf die Lungenerkrankung verschieden schwer. Bis auf einen Fall waren sämtliche Fälle fieberfrei; nur einer hatte während der Behandlung eine leichte Temperatursteigerung von wenigen Tagen. Das Allgemeinbefinden war infolge der vorausgegangenen Behandlung meist gut. Die zur Behandlung mit Mesbé herangezogenen Fälle waren bereits sämtlich konservativ wie operativ am Kehlkopf behandelt worden. Die Anwendung des Mittels geschah in folgender Weise: Jeden Morgen wurden die Patienten mit steigender Konzentration des Mesbéextrakts am Kehlkopf lokal behandelt, während abends die Inhalation mit einer 4 proz. Lösung, und zwar mit dem Bullingschen Apparat, bei einer Temperatur des Inhalationsstromes von 40° vorgenommen wurde. Ueber unangenehme Empfindungen wurde weder bei der lokalen Therapie noch beim Inhalieren geklagt. Anfangs bestand bei letzterem etwas Reizhusten, doch war man nicht genötigt, in der Dosierung herunterzugehen. Leichtere Expektoration am Morgen gaben zwei Kranke an, sonst wurde keine Wirkung von ihnen verspürt. Was nun die Wirkung auf den tuberkulösen Prozeß selbst anlangt, so hatte Verf. nicht den Eindruck, daß das Präparat eine spezifische Heilwirkung ausübt. Eine gewisse antiseptische Wirkung findet vielleicht statt, da die Geschwürsflächen bald nach der Anwendung des Mesbé sich gut reinigten. Als Beweis gibt Verf. den Verlauf der von ihm mit Mesbé behandelten Fälle im einzelnen wieder.

Dr. **Butzengeiger** (Elberfeld): **Erfahrungen mit Mesbé in der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von chirurgischer Tuberkulose, bei denen er das neue gegen Tuberkulose empfohlene Präparat Mesbé, welches aus einer zentralamerikanischen Malvacee hergestellt wird, anzuwenden Gelegenheit hatte. Er wandte das Mesbé bei den fistulösen Knochentuberkulosen nur lokal an, indem er mittels Gazestreifen Mesbé in die Fisteln brachte. Er benutzte entweder das reine Mesbé oder eine 50 proz. Salbe. Es wurden behandelt 2 Fälle von Ellenbogentuberkulose, 2 Kniegelenkstuberkulosen, 1 Rippenkaries, 1 Hüftgelenks- und Beckentuberkulose und 1 Fall mit multiplen Spinae ventosae. In 4 Fällen wurde durch diese Behandlung ein sehr günstiger Erfolg erzielt. 2 Fälle wurden gänzlich, zwei andere nahezu völlig geheilt. In einem Falle trat fast regelmäßig nach der Mesbébehandlung nach 5—6 Stunden eine Reaktion auf, die in Schmerzen am Krankheitsherd, Temperatursteigerungen auf 38—39° und vermehrter Sekretion bestand. In fast allen Fällen sahen die Granulationen nach der Behandlung wesentlich frischer und gesunder aus. Auch das Allgemeinbefinden schien meist günstig beeinflußt zu werden. R. L.

Dr. **R. Müller** (Gerstetten): **Heilung eines Malum perforans durch Zinkperhydrol.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Bei einer 62 Jahre alten, häufig an Unterschenkelgeschwüren leidenden Frau stellten sich im Verlaufe einer Thrombophlebitis über der linken Fußsohle und dem hinteren Umfang des Unterschenkels, insbesondere über der Ferse, Sensibilitätsstörungen ein. Die Ferse fiel durch bleiche, leicht livide Färbung auf; Berührungs- und Temperaturempfindung sowie Schmerzgefühl waren aufgehoben. Infolge Außerachtlassung der gegebenen Vorschriften entstand eine kreisrunde blauschwarze Verfärbung, die sich vergrößerte und in der Peripherie ablöste. Die nach Durchschneiden des Stiels vorhandene trichterförmige, geschwürige Wunde dehnte sich in die Tiefe bis auf das Periost des Calcaneus aus unter jauchendem Zerfall des Gewebes. Tägliche Waschung mit Wasserstoffsuperoxyd, Einstreuen von Zinkperhydrol, Salbenverband. Der erste Erfolg war eine schnell eintretende desodorierende Wirkung unter Abstoßung der nekrotischen Fetzen; bei abnehmender Sekretion verkleinerte sich die Wunde allmählich. Auffallend war die geringe Granulationsbildung. Nach zwei Monaten Heilung mit eingezogener Narbe. Die Unempfindlichkeit gegen Berührung und Schmerz war unwesentlich zurückgegangen. —r—

Diätetische Therapie.

Prof. Dr. **H. Boruttau** (Berlin): **Ueber Getreidekeime als Nährmittel.** Aus der physiologisch-chemischen Abteilung des städt. Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin. (Zeitschrift f. physikalische u. diätetische Therapie, 1912, Bd. 16.)

Seit den Arbeiten von O. Cohnheim, O. Loewi und Abderhalden ist bekannt, daß der Assimilation von artfremdem Eiweiß seitens des Organismus eine auf der Tätigkeit von Fermenten beruhende Zerspaltung in einfachere Bestandteile voraufgeht, aus denen dann erst wieder arteigenes Eiweiß aufgebaut wird. Andererseits hat bereits vor längerer Zeit E. Schulze gezeigt, daß in den Keimpflanzen eine sehr tief gehende Spaltung von Reserveeiweiß stattfindet, aus denen in der wachsenden Pflanze eine Synthese von neuem Eiweiß erfolgt. Außer Eiweißstoffen enthalten die Keimpflanzen, speziell die Getreidekeime, Kohlenhydrate, Fette, Nukleinsäuren und Mineralbestandteile. Die Tatsache, daß die moderne Technik der Getreidevermahlung die Getreidekeime vom übrigen Korn vollkommen abzutrennen gestattet, gab in neuerer Zeit die Möglichkeit, reine Keimmehle darzustellen und, was die mitgeteilten neuen physiologischen Erkenntnisse nahelegten, ihre Verwendbarkeit für Ernährungszwecke zu versuchen. Dabei ergibt sich die Notwendigkeit, die sich auf fermentativem Wege beim Lagern in Getreidekeimen leicht abspaltenden freien Fettsäuren zu beseitigen bezw. ihre Abspaltung überhaupt zu verhindern. Ein Getreidekeimpräparat, welches dieser Forderung anscheinend genügt, ist das von der Chemischen Fabrik Dr. Klopfer in Dresden-Leubnitz seit kurzem in den Handel gebrachte Getreidekeimpräparat Materna. Es ist von gutem Geschmack und Aussehen und hat in der Tat die der Gewinnung aus Getreideembryonen entsprechende chemische Zusammensetzung. Verf. fand nämlich durch eigene Analyse dafür 10 pCt. Wasser, 5,7 pCt. Stickstoff, entsprechend 36 pCt. Eiweiß, 28 pCt. lösliche Kohlenhydrate, 4,3 pCt. Asche, worunter 1,6 pCt. Phosphate. Nach Chevalier, der zuerst für die Verwendung von Getreidekeimpräparaten in der Ernährungstherapie eingetreten ist, entspricht eine derartige Zusammensetzung den Anforderungen, die an ein Nährmittel für Säuglinge in der Entwöhnungsperiode, für Heranwachsende im Pubertätsentwicklungsalter, für schwangere und stillende Frauen, für Rekonvaleszenten von Infektionskrankheiten, Neurastheniker, Ueberanstrengte und Tuberkulöse zu stellen sind. Um festzustellen, wieweit sich diese Erwartungen in der Praxis erfüllen, hat Verf. einige Versuche mit Materna angestellt, nämlich einen Ausnützungsversuch an einem erwachsenen Menschen und eine Reihe von Fütterungsversuchen an wachsenden Tieren. Der erste Versuch, bei dem neben gewöhnlicher Nahrung 75 g Materna

verabfolgt wurde, ergab eine Ausnützung des Präparates in bezug auf Stickstoff, die der des Fleisches entspricht. Zwei Versuchsreihen an jungen Hunden zeigten ferner, daß das Präparat einen günstigen Einfluß auf das Wachstum des tierischen Organismus ausübt; außer dem guten Fortgang des Körpergewichts war bei den zusätzlich mit Materna gefütterten Tieren eine besondere Lebhaftigkeit zu beobachten. — Auf Grund seiner Versuche kommt Verf. zu dem Schluß, daß Materna ein fehlerfreies Getreidekeimpräparat ist, das als Nährmittel zu guten Hoffnungen berechtigt. L.

Physikalische Therapie.

Privatdozent Dr. **Hans Iselin** (Basel): **Schädigungen der Haut durch Röntgenlicht nach Tiefenbestrahlung (Aluminium). Kumulierende Wirkung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 49 u. 50.)

Zufolge der von Verf. gemachten Erfahrungen entstehen bei der Tiefenbestrahlung (1 mm Aluminiumblech als Filter) nach wiederholten Röntgenbestrahlungen (5—6 mal ein Sabouraud) dauernde Veränderungen der Haut. Diese Folgen zeigen sich auch dann, wenn nach den einzelnen Bestrahlungen in den Pausen von mindestens 3—4 Wochen keine sichtbaren Veränderungen aufgetreten waren. Schon Bestrahlung einer Stelle mit 4—5 Sab., in Pausen verabfolgt, kann dauernde Röntgenschädigung, wie Pigmentatrophie, Hautatrophie, in der Knöchelgegend, namentlich in narbig veränderter Haut, sogar große Röntgengeschwüre machen. Diese schädigende Wirkung der Einzelbestrahlung häuft sich unsichtbar. Das Ausbleiben der Reaktion, des Erythems und der stärkeren Grade der Röntgenwirkung bietet keine Gewähr, daß die Haut nicht später verändert wird. Die Filtration der Röntgenstrahlen mit 1 mm dickem Aluminium schwächt die schädigende Wirkung auf die Haut ab, sie gestattet mehr Sabouraudeinheiten zu verabreichen als die offene Bestrahlung, sie verhütet aber nicht die Kumulation der Wirkung. Auch bei gleichzeitiger Anwendung der sogen. Desensibilisierung durch Blutleere kann man bei der Tiefenbestrahlung die Häufung der Schädigungen nicht umgehen; nach 5—6 Sabour. wird die Wirkung durch dauernde Veränderungen, Hautpigmentierung, offenbar. Die Haut der verschiedenen Körpergegenden ist verschieden empfindlich; die Unterschenkelhaut ist zu Röntgengeschwüren veranlagt. Die Zeit, nach welcher die Schädigungen der Haut zutage treten, scheint durch die Filtration verlängert zu werden; die Veränderungen zeigen sich gelegentlich erst nach 1½ Jahren. Diese Spätschädigungen nach Tiefenbestrahlung durchlaufen entweder die bisher bekannten Grade der chronischen Wirkung, aber in langsamerem Tempo, oder sie entwickeln sich lange Zeit nach der letzten Bestrahlung sehr rasch aus fast heiler Haut heraus. Bei der Tiefenbestrahlung wird die Haut nicht nur in ihren Zellen, sondern auch in den Blutgefäßen geschädigt. Die Veränderungen der Haut nach Tiefenbestrahlung entstehen wahrscheinlich hauptsächlich durch primäre Schädigung der Blutgefäße. Bei der Tiefenbestrahlung ist sogar eine mittelbare Schädigung der Haut möglich durch Belichtung von Haut, welche die ernährenden Gefäße dieses Hautabschnittes führt oder bedeckt, ohne daß diese bestrahlte Haut selbst verändert wird. Trotz dieser Nachteile bleibt die Röntgenbestrahlung bei der Behandlung der Tuberkulose und der Nachbehandlung von operiertem Brustkrebs ein wertvolles Hilfsmittel. R. L.

Chirurgische Technik.

Dr. **Arthur Müller** (Konstantinopel, Deutsches Krankenhaus): **Ueber die Deckung von Harnröhrendefekten mittels Thierschscher Transplantation.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 49.)

Verf. beschreibt eine bisher noch nicht angewendete Methode zum Ersatz von Harnröhrendefekten, nämlich mittels Transplantation nach Thiersch, die bisher in 5 Fällen von Harnröhrenstrikturen zur Anwendung kam. Nach Resektion der Striktur wird die entstandene Wundhöhle mit einem vom Oberschenkel genommenen Thierschschen Lappen bedeckt, der sich gut der Rinne anschmiegt, erfahrungsgemäß in 8 Tagen anheilt und nach weiterer Epithelisierung eine solide vordere Wand bildet. Erst wenn die Höhle an den Rändern vollständig epithelisiert ist, so daß sich eine mit der äußeren Haut zusammenhängende lückenlose Epithelschicht gebildet hat, wird über einem dicken Nélaton nach Anfrischung die hintere Wand durch eine Drei-Etagennaht aus dem Rand der Urethralrinne, der Penis- und Skrotalhaut gebildet, wobei genügend dicke Hautpartien auf die Nadel genommen werden. Zwei Entspannungsnähte halten sodann gleichzeitig einen Gazetampon über der Naht zusammen. Bei der Nachbehandlung ist streng darauf zu achten, daß keine Beschmutzung durch Stuhl eintritt. Es empfiehlt sich, die kranken Harnröhrenteile bis ins Gesunde zu exstirpieren, also keine infizierte oder stark narbig veränderte Partie stehen zu lassen; nur dann kann man auf ein Anwachsen der Lappen rechnen. Wenn die Transplantation in der ersten Sitzung bedenklich erscheint, wartet man lieber einige Tage ab, bis sich die Wunde etwas gereinigt hat, und transplantiert in einer zweiten Sitzung. Eine bestehende Cystitis ist wie üblich zu behandeln; der Katheter braucht im zentralen Stumpf nicht ständig liegen zu bleiben. Verf. hat den Eindruck, daß er eine Infektion begünstigt; der Patient soll lieber sitzend Wasser lassen. Stenosen treten bei guter Nachbehandlung nicht auf; Fisteln sind nicht immer zu vermeiden. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 24. Februar 1913.

(Gemeinsam mit der Berliner Gesellschaft für Chirurgie, der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten und der Otologischen Gesellschaft.)

Vorsitzender: Herr Kraus.

Tagesordnung:

Kleinhirnfragen.

Herr **Edinger** (Frankfurt a. M.): Obwohl gerade die Erkennung der Erkrankungen des Kleinhirns sehr wichtig ist, waren wir doch bisher auf sehr wenige diagnostische Anhaltspunkte angewiesen. Was da ist, haben wir uns selbst schaffen müssen. Seit 20 Jahren, seit den Entdeckungen Munks, hat sich kein deutscher Physiologe daran beteiligt. Vortr. und seine Schüler befassen sich seit mehr als 10 Jahren damit und sind zu einem gewissen Abschluß gekommen.

Das Kleinhirn ist ein mächtiges Organ, das durch die dicksten Nervenfasern mit dem Großhirn (die fingerdicken Brückenbahnen) verbunden ist. Wie kommt es, daß wir z. B. statt Stirnhirn- einen Kleinhirntumor diagnostizieren und umgekehrt? Gewisse Formen der Ataxie, Asynergie, gewisse Formen des Zitterns weisen darauf hin. Das ist alles. Einige zufällige Symptome kommen hinzu. Die Physiologie lehrt uns einen ungeordneten Wust von Tatsachen. Zwangsbewegungen eigentümlicher Art und erhebliche Ausfälle sind die Folge der Verletzung einer Kleinhirnhemisphäre und andererseits stellen sich die Funktionen nach der Wegnahme derselben wieder ein.

Es ist also erlaubt, nach anderen Wegen Umschau zu halten: Wie ist ein Organ beschaffen? Was kann es leisten? Was kommt dazu? Wie baut sich ein System auf? Welche Erscheinungen treten mit dem Auftauchen neuerer Teile des Nervensystems auf? Vortragendem ist nunmehr das Kleinhirn der Taube in allen Zellarten bekannt. Es braucht nicht immer da zu sein; manchen Tieren fehlt es; es sind dies die schleimigen, weichen, regenwurmartigen Geschöpfe, z. B. Myxine, ein neunaugenartiger Fisch, und Proteus, eine Salamanderart. Sie haben keine Muskelspannung. Auch unsere Salamander haben ein minimales Kleinhirn; es wächst in dem Maße, wie die Tiere kräftige Muskeln brauchen. Die Larve des Herings, die nur auf dem Wasser flattert, hat ein viel kleineres Kleinhirn als das reife Tier; das gleiche gilt von der Larve des Schellfisches. Der Hai mit seinem kräftigen Schwanzschlage, der auf dem Lande einen Menschen töten kann, hat ein viel größeres Cerebellum als die Forelle. Der Alligator, die schwimmende Eidechse, hat ein größeres als die Landeidechse. Die Hemisphären des Kleinhirns erscheinen in der Tierreihe viel später.

Aber gerade das Mittelstück, der Wurm, ist von erheblicher Bedeutung; er allein findet sich bei beweglichen, gewandten Tieren, wie den Möwen.

Alle Nervenfasern der hinteren Spinalwurzeln gehen in die Muskeln hinein. Wie viele sensible Fasern sind in Muskeln, Sehnen, Knochen und Gelenken vorhanden? Die Mehrzahl aller rezeptorischen Fasern stammt daher. Ein Teil geht zum Vorderhirn, ein Teil kreuzt in der grauen Substanz; er leitet die Schmerz- und Temperaturempfindungen. Sie alle enden im Thalamus opticus. Der Tractus spino-cerebellaris geht mit den sensiblen Fasern in das Rückenmark, steigt außen in dünner Schicht empor. Jeder Tabiker weist die Unterbrechung aller dieser Bahnen auf; Ataxie und Abnahme der Muskelspannung sind die Zeichen. Sicher ist, daß Verletzung dieser Bahnen Unsicherheit und Abnahme des Muskeltonus bedingt. Ebenso geht es bei Wegnahme der Endigungen im Kleinhirn. Die Bahnen aus den Beinen enden hinten, die aus den Armen weiter vorn, die aus dem Kopfe ganz vorn. Jede Faser verzweigt sich in der Rinde um jede Purkinjesche Zelle. Alle Achsenzylinder dieser Zellen gehen in die Kleinhirnkerne; es gibt mittlere und seitliche Kerne (Edinger). Die letzteren sind bei niederen Tieren ganz klein; erst später sieht man die großen Nuclei dentati. Horsley erzielte enorme gleichseitige Krämpfe durch Reizung dieser Kerne. Man kann bei Tauben das Kleinhirn chemisch reizen und bekommt Muskelstarre. Das ist der Eigenapparat des Kleinhirns. Hier liegt eine große Zahl von Zellenapparaten und Verbindungen, die geeignet sind, die Kleinhirnrinde in verschiedener Richtung in sich zu verbinden.

Der Weg nach außen führt aus den Kleinhirnkernen heraus. Ein mächtiger Kern erstreckt sich von den Vierhügeln

Innere Medizin — Chirurgie — Gynäkologie — Ophthalmologie

Resorbierende **Salizylseife = Rheumasan** Tube M. 2.— „ 0.90

Salizylseife = mit erhöhtem Ester-Gehalt **Ester-Dermasan** Tube M. 2.50 „ 1.25

Lenicet Schwer lösliche essigs. Tonerde in antiseptisch. reizstillend. Präparaten.

Rheumatismus

Gicht, Ischias, Nervenschmerzen, Influenza, Migräne, Herzschmerzen, Oculomotoriuslähmung.

Zur bequemen Selbsteinführung als **Ester-Dermasan-Vaginalkapseln (5,0)**

Adnex-Erkrankg. etc.
Arthritis **deform.**
Tabische Schmerzen
Furunkel-Resorbens
Pleurit.
Prurit. vulv. ani

-Salbe (-Vaseline) Tube M. 0,75. Dosen 25, 50 u. 90 Pf.
Lenicet-Hautcrême (Lenicrême) Tube 60 Pf. Dose 25 Pf.
Antiseptische, sekretionsbeschränkende, kühlende
Verband-, Haut- und Augen - Salben
und zur Massage, zu letzterer Lenicet-Salbe.
L.-Streupulver 20% auch genannt L.-Bolus 20%. Ferner c. Peroxyd, Jod, Arg,
Hyperhidr., Dauer-Verband-Puder, Fluor a., acut. Gon., Eros.

Peru-Lenicet -**Salbe** Dose M. 1,—, Tube 1,50; -**Pulver** Dose M. 1,20; -Kompresse 1/2 M. 0,80, 1/1 M. 1,50 — Ulcus cr. Decubit. Rhagaden, Prurit.

Literatur, Proben kostenlos von Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin-Charlottenburg 4 u. Wien VI/2.



ges. **Mühlrad-** gesch.
Kefyr-Pastillen

Schachtel für 80 Fl. M. 2.—
Mit entsprechendem Aufschlag auch vorrätig:
cum 0,1 Fer. lactic.:
0,0006 $As^2 O^3$;
$As^2 O^3$ et Fer. lactic.;
0,2 Duotal; 0,01 Jod;
0,1 Kreosotal.
Vidi: Vervollkommnete Kefyrbereitung. { Med. Klinik Nr. 19.
Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenlos.
Hygiene-Laboratorium G.m.b.H. Berlin-Wilmersdorf M.



Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut, **Mainz.**



Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)
Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)
Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica
Chloraethyl Dr. Thilo.
Machen Sie einen Versuch mit unseren
Automatischen Standflaschen (s. Abbild.).
Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!
Sterile Subcutan-Injektionen.

Dr. J. Schäfer's
physiolog. Nährsalze
für Zuckerkranke ohne Diätzwang und **Nierenleidende. Aerztlich empfohlen.** Preis Mark 3.— und 4.50
Zu haben in Apotheken.
DR. J. SCHÄFER
BARMEN.
Belehrende Broschüre gratis.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W. 30

Die
Prostatahypertrophie.
Ihre Pathologie u. Therapie
Für Aerzte und Studierende
dargestellt von
Dr. med. **Wilhelm Karo**, Berlin
Preis M 1,60

Levurinose „Blaes"
haltbares Bierhefepräparat

hat sich in langjähriger Praxis glänzend bewährt
bei Furunkulose, Follikulitis, Akne, Impetigo, Urtikaria, Anthrax, Ekzem.
Levurinose findet mit Erfolg Anwendung bei:
habitueller Obstipation, Diabetes, vaginaler und zervikaler Leukorrhoë, sowie ähnlicher Erscheinungen.
Ausführliche Literatur und Proben den Herren Aerzten gratis und franko durch
Chemische Fabrik J. Blaes & Co.
in Lindau, Bayern.

bis zur Medulla oblongata. Diese Ganglienzellen bilden besondere Anhäufungen, und zwar unter den Vierhügeln den roten Kern. Dieser ist nicht immer konstant; z. B. bei Vögeln und Eidechsen ist er weniger als bei den Fischen ausgebildet. Die zweite Anhäufung ist der Deiterssche Kern am Ursprung des Acusticus und Vestibularis. Vortr. nennt das Ganze allgemein den Nucleus motorius tegmenti.

Reizt man den Deitersschen Kern, so bekommt man stärke Krämpfe der gleichen Seite. An der Medulla oblongata erzielt man ebenso wie am Kleinhirn durch Reizung schwere Krämpfe.

Außerdem sind noch andere Funktionen da. Schneidet man das Großhirn weg, so bleibt die Statik erhalten; die Abtrennung des Nucleus motorius tegmenti bewirkt aber Schlaffheit des Tieres. Man bezeichnet ihn daher als statotonischen Apparat. Auf ihm beruht die Fähigkeit, die Muskeln zu spannen und zu stehen. Auf ihn wirken Bahnen aus dem Großhirn ein, die zum Nucleus ruber ziehen. Das zeigt sich bei Zerstörung des Großhirns.

Besser studiert ist der Einfluß auf den Deitersschen Kern. Die Wurzel des Nervus vestibularis liegt im Kleinhirn. Jede Faser geht mit einem Endplättchen an den Nucleus Deiters heran. Jede Bewegung des Kopfes, Einspritzen von kaltem oder heißem Wasser in den Gehörgang beeinflußt die Deitersschen Zellen. Ein Teil der Fasern des Vestibularis bleibt gleichseitig, ein anderer kreuzt die Mittellinie, der Rest geht sofort zum Rückenmark herunter. So entsteht ein besonderer Apparat am Nucleus motorius tegmenti. Er reicht ins Halsmark, aber auch bis ins Schwanzmark, ebenso zu den Augenmuskelkernen, z. B. zum Abducenskern. Die Bewegung des Kopfes bewirkt andere Muskelspannungen, z. B. in den Augen- und Halsmuskeln. Der Kleinhirnkern beeinflußt also doppelt den Muskelapparat. Nystagmus tritt ein, wenn irgendwo auf der Bahn vom Kern zum Muskel eine Schwäche eintritt. Erkrankung des Mittelstückes des Kleinhirns bewirkt wesentlich muskeltonische Veränderungen.

Beim Menschen verdecken die mächtigen Hemisphären das Mittelstück; nimmt man eine Hemisphäre weg, so bekommt man ähnliche Störungen wie bei Wegnahme des Wurmes; denn man nimmt immer ein Stück des letzteren mit weg. Die Wegnahme der Hemisphäre allein macht wohl geringe Erscheinungen. In den Mittelteil mündet aus der Gegend der Vierhügel ein Bündel, das beim Vogel sehr dick ist. Zerschneidet man dieses, so gerät die gleichseitige Körperhälfte in Starre; es tritt die Gesamtwirkung des Kleinhirnmittelstückes in Kraft, d. h. eine Hemmung wird aufgehoben. Diese enorme Starre wird bei Bewegung der Extremitäten stärker. Das spricht für die Erzeugung des Tonus im Mittelteil des Kleinhirns, dem auch die Augenmuskeln unterliegen. Wegnahme der Kleinhirnteile beseitigt die Spannung der Muskeln, selbst im Kehlkopf (Rothmann).

Was leisten die Kleinhirnsphären? In den Hintersträngen ruht die Fähigkeit, den Raum wahrzunehmen, die Zirkelspitzen zu fühlen, die Fähigeit, zu erkennen, wie unsere Beine stehen. Die Ataxie der Tabiker beruht hauptsächlich auf der Störung dieser Teile. Dazu kommt das tonische Element. Es ist, kurz gesagt, der Muskelsinn. Die Hinterstränge endigen im Hinterstrangkern der Medulla oblongata; von da kommt eine Bahn zum Thalamus opticus, die sich schon bei den niedersten Fischen findet. Die Kranken können nicht angeben, wie ihre Glieder stehen, wenn der Thalamus affiziert ist. Aus dem Thalamus entspringen die Stiele der Vierhügel. Sie gehen in die Hirnrinde und daraus entspringen auf dem Wege über die Brückenganglien die motorischen Bahnen für die Körpermuskulatur. In den Kleinhirnhemisphären ist der Muskelsinnesapparat zu suchen.

Bei den Säugern zumal hat sich der Nucleus ruber ausgebildet. Nun kann der statotonische Apparat wieder durch das Großhirn beeinflußt werden. Durch das Monakowsche Bündel gehen Fasern ins Rückenmark; deshalb kann auch nach Wegnahme des Kleinhirns der Tonus erhalten bleiben. So entstehen neue Fragen der Physiologie und der Klinik. Die Brückenbahnen haben mit der Muskelspannung zu tun. Ihre Erkrankung führt zu Akinesie; die Kranken bewegen sich langsam und zögernd. Vermutlich beeinflußt ein Sinnesorgan unsere Bewegungen.

Diskussion:

Herr **Barany**: Den Vestibularnerven kann man reizen, d. h. Nystagmus erzeugen durch Galvanisieren, Drehen des Kopfes und durch Ausspritzen des Ohres mit thermisch differentem Wasser. Letzteres wirkt nur auf ein Ohr ein. Dieser Nystagmus hat nichts mit dem Kleinhirn zu tun, sondern der Reflex geht über Medulla oblongata und Pons; nur Drucksteigerung in der hinteren Schädelgrube erzeugt eine Reizung der Medulla und damit Nystagmus. Nach Ramon y Cajal gibt jede Faser des Vestibularis eine Kollaterale in die Rinde des Kleinhirns ab, und zwar sowohl für beide Hemisphären wie für den Wurm. Bis zu 30 Fasern hat er verfolgt. Es ist also ein dicker Nerv. Physiologisch und klinisch wird diese anatomische Angabe bestätigt. Bei geschlossenen Augen ist es dem Gesunden möglich, Körperteile mit den Fingern zu berühren, letztere zu heben und wieder zu senken. Erzeugen wir Nystagmus nach links durch Reizung des rechten Ohres, so kann der Mensch bei geschlossenen Augen den Finger nicht mehr erreichen. Er geht daran vorüber. Ist das Kleinhirn freigelegt und nur mit Dura und dünner Haut bedeckt und wird es einer Abkühlung ausgesetzt, so fällt der betreffende Extremitätenteil herunter. Ref. beobachtete das in einem Falle von Cholesteatom. Abkühlung der äußeren lateralen Fläche der Hemisphäre (durch Chloräthyl) bewirkt Lähmung und Vorbeizeigen nach außen ohne Nystagmus. Im Kleinhirn liegen die Zentren für die Lokomotion des Armes in verschiedener Richtung, eines für die Bewegung nach rechts, eines nach links; beide sind in der Norm gleich stark. Nystagmus stärkt den einen „Zügel", bei Durchschneiden überwiegt der andere. Abkühlung der Kleinhirnhemisphäre wirkt ebenso. Schon nach 2 Minuten ist die Reaktion wieder normal. Während des Nystagmus zeigt der Kranke richtig. Da nun zugleich ein Ausfall des linken Zügels besteht, findet sich zugleich Hemmung des entgegengesetzten Zentrums; da beide gelähmt sind, resultiert ein richtiger Ausschlag. Bei manchen Fällen von Ohrabscessen an der Vorderfläche des Kleinhirns besteht Vorbeizeigen nach außen. Gewisse Fälle von Schmerzen am Hinterkopf hinter dem Ohr mit Schwerhörigkeit, Schwindel, Ohrensausen und druckempfindlichem Warzenfortsatz verraten durch Vorbeizeigen ins Handgelenk nach außen eine Liquoransammlung im Kleinhirnbrückenwinkel in der Cisterna pontis lateralis; die Verklebung der Pia bezw. des Plexus chorioideus führt hier zur Drucksteigerung. Lumbalpunktion heilt diese Fälle (Babinski). Die Chirurgen sollten die Bewegungen in verschiedener Richtung prüfen. Die Fallreaktion (wenn man das rechte Ohr ausspritzt und links Nystagmus auftritt, so fällt der Kranke nach der rechten Seite infolge der Kopfstellung) beruht auf Innervation der Muskulatur, die im Wurm vermutlich vertreten ist.

Herr **Rothmann**: Verletzt man die Kleinhirnrinde des Hundes, so bekommt man in den hinteren Regionen des Lobus quadrangularis isolierte Ausfallserscheinungen der vorderen Extremitäten, Lagestörungen derselben; man kann die Glieder verstellen. Bleiben die Tiere genügend lange leben, so verschwindet das, ist aber noch nach Monaten nachweisbar. Bei Herausnahme des äußeren Teiles kommt es zu Verstellung des Gliedes nach außen; dann fällt der antagonistische Reflex nach innen weg; Wegnahme der oberen Teile bewirkt Neigung der Pfote nach oben; ähnlich kommt der Versenkungsversuch zustande. Bei großen Verletzungen des Wurmes sah Ref. stets Ausfallserscheinungen für Rumpf und Glieder, die Asynergie cérébelleuse. Fortnahme des vorderen Teiles bewirkt mehr die Schädigung des vorderen Teiles des Rumpfgürtels und umgekehrt. Exstirpation des Lobus anterior bewirkt Schwäche der Kehlkopfmuskulatur, zumal der Stimmbänder, und der Kiefermuskeln. Verletzung des Lobus quadrangularis des Affen gibt typische Ataxie des gleichseitigen Armes, Ungeschicklichkeit beim Greifen und Tremor; hier geht sie aber schneller als beim Hunde zurück. Das hängt mit einer Umwandlung des roten Kernes zusammen.

Herr **Oppenheim** bestätigt die Zuverlässigkeit der Baranyschen Untersuchungsmethode aus eigener Anschauung. Der Praktiker vermißt sehr häufig bei Kleinhirnerkrankungen Symptome, die nach unseren heutigen Kenntnissen von den Funktionen dieses Organs vorhanden sein müßten. Nach O.s Erfahrungen leidet bei Kleinhirnerkrankungen besonders die sogen. Innervationsbereitschaft, die Fähigkeit, bestimmte gewollte Bewegungen schnell auszuführen. Wenn ein Kranker seine Hand z. B. in Supination hält und sie schnell pronieren soll, so dauert das ziemlich lange. Er kann also auf Kommando nicht bestimmte Bewegungen vornehmen.

Herr **Hildebrand**: Die Chirurgen würden sehr gern am Kleinhirn operieren, weil dies technisch leichter ist als am Großhirn. Aber die Indikationen sind noch zu schwankend. Es ist daher freudig zu begrüßen, daß heute so viele diagnostische Fortschritte offenbart wurden.

Herr **Grabower**: Die von Rothmann beschriebenen Funktionsstörungen der Stimmbänder beruhen nicht auf Schädigung der Kleinhirnabschnitte, die eine zentrale Vertretung der Kehlkopfmuskeln in der Kleinhirnrinde dartäte, sondern, wie viele eigene Versuche G.s beweisen, auf der Narkose. Erwachen die Tiere, so verschwinden sie sofort.

Herr **Edinger**: Schlußwort. Mode.

Berliner otologische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. med. Centr.-Ztg.".)

Sitzung vom 21. Februar 1913.

Vorstellung eines Patienten mit isolierter Vestibularausschaltung.

Herr **Herzfeld**: Ein bis dahin gesunder Mann erkrankte plötzlich mit Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Schwindel und Erbrechen. Nystagmus nach der gesunden Seite. Kalorische Reaktion negativ. Auch Umdrehung des Körpers nach der kranken Seite ergab keinen Nystagmus, ein Beweis, daß die

Bogengangsfunktion erloschen war. Umdrehen nach der gesunden Seite erzeugte abgeschwächten Nystagmus. Beim Stehen und Gehen zeigt sich Neigung, nach der kranken Seite zu fallen, obgleich seit Beginn der Erkrankung schon längere Zeit vergangen ist. Vortragender ist geneigt, die Störung auf eine Affektion im Bogengangsapparat selbst, nicht weiter zentralwärts, zurückzuführen.

Demonstrationen.

Herr **Brühl** stellt ein junges Mädchen vor, das, auf der einen Seite schon lange infolge Radikaloperation taub, plötzlich auf der anderen Seite das Gehör verlor. Objektiv nihil. Diagnose: **Hysterie**. Alle therapeutischen Maßnahmen, auch Katheterismus, ohne Erfolg. Zwei Tage später findet sich eine traumatische Perforation unbekannter Aetiologie. Gleichzeitig kehrt, unterstützt durch Suggestivbehandlung, das Gehör wieder. Bei einem zweiten Patienten trat drei Tage nach Beginn einer nicht sehr schweren Otitis media plötzlich eine **Labyrintherkrankung** mit allen charakteristischen Symptomen auf. Operativ einzugreifen lag keine Veranlassung vor. In der Tat erfolgte Heilung, allerdings mit dauernder Taubheit des Ohres. Schließlich demonstriert Vortragender das **Gehirn** eines jungen Mädchens, das nach langjähriger chronischer Ohreiterung unter schweren Schwindelerscheinungen in Behandlung gekommen war. Nystagmus nach der kranken Seite. Kalorische Reaktion nicht auslösbar. Bei Anstellung des Zeigeversuchs mit der linken Hand, der Seite der Erkrankung, zeigte sich, daß die Hand nach außen abwich. Zusammen mit der Richtung des Nystagmus wies dieser Befund nach den Baranyschen Untersuchungen auf einen Absceß des Kleinhirns hin. Bei der Operation wurde derselbe nicht gefunden, wohl aber bei der Sektion, und zwar an der zu erwartenden Stelle im Lobus anterior inferior.

Herr **Barany**: Ausgangspunkt des Vorbeizeigens ist die Rinde. Lokalisation des Abscesses ist deshalb so lange nicht möglich, als nur das Mark erkrankt ist.

Herr **Wischnitz** demonstriert das **Gehirn** eines in der Herzfeldschen Klinik behandelten Kranken. Derselbe, ein 34jähriger Mann, wurde wegen **akuter Mittelohreiterung** operiert. Die cerebralen Erscheinungen veranlaßten wiederholte Punktionen, indes ohne Erfolg. Nach dem an Meningitis erfolgten Tode zeigte sich eine ausgedehnte hämorrhagische Encephalitis der kranken Seite. Vortragender weist darauf hin, daß diese sehr leicht zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben kann, um so mehr, wenn sie, wie das vorkommt, auf der anderen Seite liegt.

Diskussion:

Herren **Wagener, Blumenfeld, Herzfeld, Schwabach** und **Wolff.**

Herr **Busch: Demonstration histologischer Präparate von Labyrinthitis.** Von rein spezialistischem Interesse.

Max Levy (Charlottenburg).

IV. Bücherschau.

Sozialärztlicher Kalender für das Jahr 1913. Redigiert von Dr. **Heinrich Grün**, Vorstandsmitglied der Wiener Aerztekammer und der wirtschaftlichen Organisation der Aerzte Wiens. Im Selbstverlag, Wien I, Biberstraße 22. 388 S.

Vorliegender Kalender ist für die Aerzte Oesterreichs bestimmt. Er bringt eine Zusammenstellung der wichtigsten für die Ausübung des ärztlichen Berufs daselbst geltenden gesetzlichen Bestimmungen und berücksichtigt ferner eingehend die ärztliche Standesbewegung. Unter anderem sind die österreichischen Aerztekammertage und ihre Beschlüsse ausführlich aufgenommen. Kürzere Kapitel handeln über den Schiffsarzt, über das Studium der Zahnheilkunde, ferner über Gebühren des Arztes vor Gericht, sowie die Steuervorschriften für Aerzte. Ein größerer Abschnitt ist der ärztlichen Statistik gewidmet; es sind hierbei außer Oesterreich und dem Deutschen Reich auch die übrigen europäischen Staaten berücksichtigt. Endlich finden sich Angaben über die ärztlichen Vereine und Aerztekammern in Oesterreich, über die dortigen ärztlichen Wohlfahrtseinrichtungen, über die Sanitätsbehörden. — Auch für deutsche Aerzte, welche sich genauer über die ärztlichen Verhältnisse in Oesterreich informieren wollen, dürfte der Kalender von Interesse sein.

Parerga zum Elektrolytkreislauf. Von **Georg Hirth**. München 1912, Verlag der „Jugend“, Lessingstr. 1. 76 S. 1 M.

Verf. stellte vor einigen Jahren in seiner Schrift „Der elektrochemische Betrieb der Organismen“ die Lehre vom Elektrolytkreislauf auf. Von der Tatsache ausgehend, daß ein wesentlicher Bestandteil aller Körperflüssigkeiten Kochsalzlösung ist, und daß die physiologische Kochsalzlösung die scheinbar zum Stillstand gekommene Lebensmaschine wieder in Gang bringen kann, proklamierte er die Salzlösung als das primum movens jeden Lebens, und zwar sind es nach seiner Auffassung die elektrischen Ladungen der Ionen, welche als Spender der Lebensenergie fungieren. In der vorliegenden Schrift sucht Verf. seine Lehre durch weiteres Beweismaterial zu stützen, wobei er sich besonders auf neuere physiologische Beobachtungen und klinische Erfahrungen aus dem Gebiete des Blutkreislaufs (u. a. Versuche am überlebenden Herzen, Bedeutung der Kochsalzinfusion bei der Behandlung der Cholera infantum) stützt. In gewissem Sinne bietet die Lehre Hirths vielleicht gar nichts Neues; denn daß die Anwesenheit von Salzlösung eine notwendige Bedingung jeden Lebens ist, das war wohl kaum zu beweisen; ob sie aber hinreichend als Lebenssubstrat ist, das ist eine andere Frage. Die Eiweißsubstanzen im Zellprotoplasma werden doch wohl mindestens die gleiche Bedeutung als Träger des Lebens haben wie die Salzlösung. Jedenfalls scheint mir durch die vorliegenden Ausführungen des Verfassers nicht einmal der Teil seiner Lehre, daß sowohl die Arterienperistaltik wie die Herzbewegung dem Ionenstrom des Elektrolyten (ausschließlich) zuzuschreiben sei, hinreichend bewiesen.

Der Tuberkulose-Fortbildungskurs des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Herausgegeben von dem ärztl. Direktor Dr. **Ludolph Brauer**. Bd. 1. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 324 S. Brosch. 9 M., geb. 10,20 M.

Das Hamburg-Eppendorfer Allgemeine Krankenhaus, von jeher eine Stätte eifriger medizinisch-wissenschaftlicher Forschung, stellt seit einer Reihe von Jahren sein reiches Material auch in den Dienst der ärztlichen Fortbildung. Mit welcher Gründlichkeit in Eppendorf der ärztliche Fortbildungsunterricht gehandhabt wird, dafür legt der vorliegende Band, in welchem eine Reihe von Fortbildungsvorträgen über die Tuberkulose vereinigt sind, ein vollwertiges Zeugnis ab. Aus dem Inhalt des Bandes seien als besonders hervorragend hervorgehoben die Vorträge von Hans Much: Neuere Ergebnisse und Studien über Tuberkulose, Biologie und Immunität, und von F. Oehlecker: Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose mit orthopädischen Maßnahmen. Von den übrigen Arbeiten nennen wir: Prof. Deycke: Ueber die Beziehungen zwischen Lepra und Tuberkulose; O. Schumm: Farbstoffe und Reaktionen im Harn bei Tuberkulose; M. Nonne: Die Differentialdiagnose der tuberkulösen organischen Erkrankungen von Gehirn und Rückenmark; A. Thost: Die Behandlung der Larynxtuberkulose; Walther Rüder: Die Tuberkulose in der Gynäkologie und Geburtshilfe; W. Weygandt: Der Seelenzustand der Tuberkulösen. In einem zweiten Band sollen noch weitere Vorträge zur Veröffentlichung kommen. Den Kollegen, welche nicht in der Lage sind, an Fortbildungskursen über Tuberkulose teilzunehmen, können wir die hier gebotenen Arbeiten als Ersatz dafür nur warm empfehlen.

R. Burger-Villingen: Geheimnis der Menschenform. Leipzig 1912, Fritz Eckardt, Verlag.

Vorliegendes Werk besteht aus zwei Bänden. Im ersten Band, dem Textband, trägt der Verfasser seine Lehre vor, nach welcher man aus der Form des Gesichts die Geistesbeschaffenheit eines jeden Menschen erkennen kann. Er hat eigens zu dem Zweck, die Form des Gesichts mathematisch zu fixieren, einen besonderen Apparat, Plastometer genannt, konstruiert. Wir wollen einige Proben aus den von Verfasser aufgestellten „Gesetzen“ anführen. „Sind die Gesichtsorgane nahe zusammen und ist zwischen diesen und dem Gesichtsumriß ein weiter Abstand, so ist eine starke Verwirklichungskraft vorhanden. Wenn das Gesicht länglich ist, besitzt ein solcher Mensch eine Verwirklichungskraft, die vornehmlich befähigt ist, das Geistige durchzuführen. Die entgegengesetzte Verwirklichungskraft ist in einem breiten Gesicht vorhanden. In diesem Falle ist kraftvolle Veranlagung für alles Realistische und Materialistische vorhanden, das sich dahin äußert, daß ein solcher Mensch alles nach seinem greif- und fühlbaren Sinn nützt, dieses sehr gut festzuhalten und durchzusetzen vermag.“ — „Die Stellungen der Augen zum Munde: Dieselben zeigen an, wie die Seele sich zum Geistigen und Sinnlichen stellt. Die unbestimmte Seelenbeschaffenheit. Diese Seelenart stellt sich zum Geistigen und Sinnlichen gleich geneigt, wenn die Entfernung zwischen den Augensternen gleich ist der Senkrechten zu dem Mundschnitt. — Die niedere Seelenbeschaffenheit wird gekennzeichnet durch eine Anordnung der Augen zum Mund in solcher Weise, daß der Abstand der ersteren voneinander größer ist als der Abstand ihre Verbindungslinie zum Mund.“ — Bei der idealen Beschaffenheit der Seele „ist der Abstand der Augensterne voneinander kleiner, als der Abstand der Augenlinie vom Munde, während der Abstand der äußeren Augenwinkel voneinander nur wenig größer ist als der Abstand zwischen der horizontalen Augen- und Mundlinie.“ Die angeführten Proben geben einen genügenden Einblick in den Charakter des Buches. Diese Art, aus dem Gesicht die Geisetsbeschaffenheit des Menschen herauszulesen, erklärt sich aus der Tatsache, daß der Verf. von Beruf Porträtmaler ist. Der zweite Band enthält die von Verf. selbst entworfenen Zeichnungen, an denen diese psychologische Gesichtsdiagnose schematisch und an Beispielen erläutert wird. Es finden sich darunter zahlreiche Porträtskizzen berühmter Männer (Herrscher, Staatsmänner, Feldherren, Dichter, Gelehrte, Künstler usw.). R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Durch einen im „Ministerialbl. f. Medizinalangelegenheiten", 1913, No. 9, publizierten Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 14. Februar 1913 wird bestimmt, daß bei der **Raumdesinfektion in den Wohnungen Tuberkulöser** die Ortspolizeibehörde unter Berücksichtigung des Einzelfalles und gegebenenfalls unter Zuziehung des beamteten Arztes darüber zu entscheiden hat, ob neben der stets anzuwendenden mechanischen Desinfektion auch die Formaldehydverdampfung auszuführen sei.

— Durch einen im „Ministerialbl. f. Medizinalangelegenheiten", 1913, No. 9, abgedruckten Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 28. Januar 1913 wird daran erinnert, daß als **„Erhebung der Klage"** im Sinne des § 6 des **Ehrengerichtsgesetzes** die erste förmliche Mitteilung des Ehrengerichts an den Angeschuldigten über die Tatsache und die Gründe der Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens gegen ihn anzusehen ist. Vorher könne aber der Vorsitzende des Ehrengerichts eine bei ihm eingegangene Anschuldigung gegen einen Arzt diesem auch formlos mit dem Ersuchen um Aeußerung übersenden (womit natürlich noch keine „Erhebung der Klage" erfolgt ist. Red.).

— In einer Entscheidung des **ärztlichen Ehrengerichtshofs für Preußen** vom 11. November 1912 wird ausgeführt, daß der ärztliche Ehrengerichtshof prinzipiell, besonders bei einem erheblichen Mangel in dem Verfahren erster Instanz, berechtigt ist, die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung in die Vorinstanz zurückzuverweisen („Ministerialbl. f. Medizinalangelegenheiten", 1913, No. 9).

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. In der vorigen Woche hielt der bisherige Vertreter der Pädiatrie an der hiesigen Universität, Geheimrat Prof. Dr. Otto Heubner, der nach Vollendung des 70. Lebensjahres freiwillig in voller Rüstigkeit vom Lehramt zurückgetreten ist, seine Abschiedsvorlesung, die sich zu einer eindrucksvollen Ovation für den gefeierten Universitätslehrer gestaltete. Es waren zu dem Akt eine größere Anzahl früherer Schüler aus der Ferne herbeigeeilt, darunter auch solche, die jetzt als Kollegen Heubners die Kinderheilkunde an anderen Universitäten vertreten. Von der Fakultät war der Dekan mit einer Reihe von Professoren erschienen, ferner Vertreter der Ministerien und von Wohltätigkeitsinstitutionen, an denen Heubner mitwirkte. Sanitätsrat Dr. Lange aus Leipzig übergab namens der ehemaligen Assistenten die von Lederer gefertigte Bronzebüste Heubners, die von jetzt ab den Hörsaal schmücken soll; Prof. Finkelstein überreichte die von Mitgliedern der Heubnerschen Schule verfaßte Festschrift, sowie die Stiftungsurkunde über ein Kapital von 7000 M., aus dessen Zinsen alle drei Jahre ein **Heubner-Preis** zur Belohnung von wichtigen die Kinderheilkunde fördernden Arbeiten verliehen werden soll. Geheimrat Heubner dankte in längeren von lebhaftem Beifall gefolgten Ausführungen.

— Am 21. Februar d. J. ist die Witwe Rudolf Virchows, die Tochter Rose des seinerzeit führenden Berliner Frauenarztes und zeitlich ersten preußischen Sanitätsrats Karl Mayer, im beinahe vollendeten 81. Lebensjahre gestorben.

Halle a. S. Dr. Friedrich Lehnerdt hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

— Dr. phil. et med. Otto Aichel, bisher außerordentlicher Professor an der Universität Santiago in Chile, hat sich hier für Anatomie und Anthropologie habilitiert.

Breslau. Die Ernennung des bisherigen Ordinarius der pathologischen Anatomie in Königsberg i. Pr. Prof. Dr. Fr. Henke zum Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Geheimrat Prof. Dr. Ponfick ist bereits amtlich publiziert worden.

— Der Privatdozent der Anatomie Prof. Dr. G. Wetzel erhielt einen Lehrauftrag für Studierende der Zahnheilkunde.

Göttingen. Für Anatomie hat sich Dr. med. et phil. Max Hauschild, für Physiologie Dr. Rudolf Ehrenberg habilitiert.

Kiel. Prof. Dr. O. Lubarsch (bisher in Düsseldorf) wird sein Lehramt als Nachfolger des verstorbenen Pathologen Prof. Dr. Heller bereits zu Beginn des Sommersemesters antreten.

Bonn. Der bekannten Forscherin Prof. Gräfin v. Linden ist die Leitung des neugeschaffenen Parasitologischen Universitäts-Laboratoriums übertragen worden.

Frankfurt a. M. Die endgültige Genehmigung zur Errichtung der **Universität Frankfurt** ist am 22. Februar in Frankfurt eingetroffen. Die Eröffnung der Universität soll im Oktober 1914 stattfinden.

Rostock. Dr. M. Wirths hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

Gießen. Die von der großherzoglich-hessischen Zentrale für Mutter- und Säuglingsfürsorge erbaute, seit dem 1. Oktober v. J. in Betrieb befindliche Kinderklinik ist als **Universitäts-Kinderklinik** den übrigen medizinischen Unterrichtsinstituten angegliedert worden.

Heidelberg. Geheimrat Prof. Dr. V. Czerny, der Leiter und Gründer des Heidelberger Instituts für experimentelle Krebsforschung, der im vorigen Jahre seinen 70. Geburtstag feierte, beabsichtigt am 1. Oktober 1914 die Leitung des Instituts niederzulegen.

München. Dr. E. Veiel hat sich für innere Medizin, Dr. A. Groth für medizinische Statistik habilitiert.

Würzburg. Dr. Ludwig Jacob hat sich für innere Medizin habilitiert.

Kissingen. Dem hiesigen Badearzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Dapper ist unter der Benennung „von Dapper- Saalfels" der erbliche Adel des Königreichs Bayern verliehen worden.

Straßburg i. E. Der bisherige Extraordinarius der Kinderheilkunde Prof. Dr. B. Salge in Freiburg i. B. ist als Nachfolger Czernys zum ordentlichen Professor der Pädiatrie an der hiesigen Universität ernannt worden.

Wien. Die Nachricht, daß Prof. Dr. v. Noorden mit dem Ablauf des Sommersemesters sein hiesiges Lehramt aufgibt, ist jetzt auch offiziell bestätigt worden.

— An der hiesigen Biologischen Versuchsanstalt ist ein Physiologisches Institut neu gegründet und mit dessen Leitung und Einrichtung der bisherige außerordentliche Professor an der Prager deutschen Universität Dr. E. Steinach beauftragt worden. Die neue Anstalt soll ausschließlich Forschungszwecken dienen.

Basel. Die Privatdozenten in der medizinischen Fakultät Dr. Adolf Streckeisen (gerichtliche Medizin), Dr. Emil Villiger (Anatomie) und Dr. Bruno Bloch (Dermatologie) sind zu außerordentlichen Professoren befördert worden.

Budapest. Im Alter von 60 Jahren starb hierselbst der Ordinarius der pathologischen Anatomie Prof. Dr. Otto Pertik, ein Schüler von Waldeyer und v. Recklinghausen, der seinerseits selbst in Ungarn das Haupt einer Schule tüchtiger pathologischer Forscher geworden ist.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Am 25. März 1913 findet unter dem Vorsitz des Herrn Geh. Obermedizinalrats Dr. Abel im Hörsaal des pathologischen Instituts der kgl. Charité zu Berlin die erste Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft für Meeresheilkunde** statt. Referate haben übernommen die Herren Prof. Dr. Franz Müller (Berlin), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ewald (Berlin), Generaloberarzt Dr. Schultzen (Berlin).

— Der nächste **Deutsche Aerztetag** wird sich außer mit wirtschaftlichen Angelegenheiten mit folgenden zwei Fragen beschäftigen: 1. Der Arzt als Gutachter, mit besonderer Berücksichtigung des in der allgemeinen Praxis stehenden (behandelnden) Arztes; 2. Antrag des Aerztl. Bezirksvereins Leipzig-Land, betr. die Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der verschiedensten gemeinnützigen, humanitären und nationalen Bestrebungen.

Breslau. Vom 13. bis 15. Mai 1913 wird hierselbst der **Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege** in Verbindung mit der **Vereinigung der Schulärzte Deutschlands** seine 13. Jahresversammlung abhalten.

Haag. Am 8. September d. J. und folgenden Tagen wird auf Einladung der Kgl. Niederländischen Regierung und der Haager Gemeindeverwaltung im Kurhause zu Scheveningen der **10. internationale Wohnungskongreß** stattfinden. Die zur Verhandlung gelangenden Gegenstände sind: 1. Verbesserung der Wohnungsverhältnisse auf dem Lande; 2. Verbesserung und Beseitigung schlechter Wohnungen; 3. Wohnungsüberfüllung; 4. Stadterweiterung. Ferner wird den Kongreßteilnehmern durch Ausflüge Gelegenheit geboten werden, von dem, was in den letzten Jahren in verschiedenen Teilen Hollands auf dem Gebiete der Wohnungsreform und des Städtebaues geleistet ist, Kenntnis zu nehmen. Mit dem Kongresse wird eine Ausstellung verbunden sein, durch die die bedeutendsten in Holland auf dem Gebiete der Wohnungsreform erzielten Ergebnisse zur Veranschaulichung gelangen werden. Programme sind zu beziehen durch die Zentrale für Volkswohlfahrt, Berlin W., Augsburger Str. 61.

Bern. Eine **Schweizerische Röntgengesellschaft** hat sich konstituiert.

Gerichtliches.

Rennes. Vom hiesigen Zuchtpolizeigericht ist der Abbé Chaupitre wegen **Kurpfuscherei** zu 1000 Fr. Geldstrafe und Zahlung eines Schadenersatzes von 6000 Fr. an das Syndikat der Aerzte und Apotheker des Departements Ille et Villaine verurteilt worden.

Verschiedenes.

Berlin. Der Vorstand der Hufelandischen Gesellschaft zu Berlin hat folgende Aufgabe für den **Alvarengapreis** 1914 gestellt: „Ueber die Rolle der Fermente im tierischen Stoffwechsel".

— Die Ausführung des **Robert Koch-Denkmals** ist dem bekannten Berliner Bildhauer Prof. Louis Tuaillon übertragen worden. Das Denkmal, für dessen Aufstellung die Stadt einen Teil des Luisenplatzes überlassen hat, soll in Marmor ausgeführt werden.

— Die **Reichsversicherungsanstalt für Angestellte** hat das Stadtschloß Fürstenberg i. M. als Sanatorium eingerichtet. Leiter ist Geheimrat Prof. Pannwitz.

— Herr Hans v. Bleichröder hat eine Million Mark zur Erbauung eines **Erholungsheims** für unbescholtene und bedürftige Personen ohne Unterschied der Konfession gestiftet.

Zinnowitz. Das bekannte **Privatkinderheim Hubertusburg im Ostseebad Zinnowitz** hat mit mehreren Neueinrichtungen das neue Jahr begonnen. Der Leiter der Anstalt, Dr. Helwig, hat die bereits geführte Privatschule in einem eigenen Schulhause weiter ausgebaut, so daß unter Leitung eines staatlich geprüften Altphilologen Vorschule und Unterstufe für die üblichen Schularten in Klassen unterrichtet werden. Ferner ist ein kleines Bauerngut angekauft und zu einer mustergültigen Obst-, Gemüse- und Geflügelanlage eingerichtet worden, mit besonderen Abteilungen für die Gartenarbeiten der älteren Kinder. Der Tisch soll nun das ganze Jahr hindurch in reichlichster Menge Obst, Geflügel usw. enthalten.

Solothurn. Hier starb kürzlich ein früherer Schlosser, der als **Krankenbehandler** tätig war und 2 Franken für jede Konsultation zu fordern pflegte. Man fand in seinem Nachlaß ein Vermögen von 700 000 Fr.

Bern. Der bekannte Chirurg Prof. Th. Kocher hat anläßlich seines 40 jährigen Professorjubiläums dem Kanton Bern eine **Stiftung** von 200 000 Fr. gemacht, deren Zinsen zum größeren Teile dem Betriebe eines biologischen Forschungsinstituts dienen sollen, während der Rest alle drei Jahre als ein Preis von 3000 Fr. bezw. zwei Preise von je 1500 Fr. zur Prämiierung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiete der Medizin bestimmt ist.

St. Petersburg. Die Gesellschaft Russischer Aerzte hat die **Pawlow-Prämie** für die beste physiologische Arbeit Frl. Dr. Jerofejewa verliehen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife: Generalarzt Dr. Schlacke, Divisionsarzt der 1. Division.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: San.-Rat Bludau in Guttstadt, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Allenberg San.-Rat Dr. Dubbers, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Forstreuter und San.-Rat Dr. Ebel in Königsberg, Stadtverordnetenvorsteher San.-Rat Dr. Gruber in Marggrabowo, ordentl. Prof. Dr. Henke in Königsberg, erster Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Kortau San.-Rat Dr. Lullies, Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen in Allenstein, San.-Rat Dr. Michalik in Marggrabowa, Direktor der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Königsberg Prof. Dr. Samter, Dr. Theodor und Dr. Wollenberg in Königsberg, San.-Rat Dr. Vangehr in Tilsit, Oberstabsärzte Dr. Grässner im Infanterie-Regiment 18, Dr. Melot de Beauregard im Infanterie-Regiment 151 und Dr. Lackner im Grenadier-Regiment 3, Oberstabsarzt Dr. A. Thalmann im Grenadier-Regiment 100.

Charakter als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. E. Althen in Wiesbaden, Dr. Chr. Bahn in Cöln, Dr. O. Bahr in Hirschberg i. Schl., Dr. M. Bayer in Esch, Dr. G. Beyer in Branitz, Dr. J. Bodenbach in Coblenz, Dr. G. Böttcher in Wiesbaden, Dr. B. Bruhn in Meldorf, Dr. M. Bukoffzer in Königsberg i. Pr., Dr. E. Cahen in Frankfurt a. M., Dr. W. Claus in Mörs, Dr. J. Cohn in Berlin-Schöneberg, Dr. A. Danne in Altenbruch, Dr. F. Demmer in Kirchen, Dr. K. Ebermaier in Düsseldorf, Dr. J. Eckerlein in Königsberg i. Pr., Dr. A. Ehrenberg in Stettin, Dr. W. Einhaus in Ratingen, Dr. H. Eysel in Cassel, Dr. F. Fallmeier in Hessisch-Oldendorf, Dr. F. Fischer in Halle a. S., Dr. H. Flatow in Berlin-Schöneberg, Dr. M. da Fonseca-Wollheim in Altona, Dr. B. Gabel in Ossig, K. Geissler in Grimmen, Dr. J. Gerland in Dingelstädt, Dr. K. Gerling in Elmshorn, Dr. H. Gerth in Dortmund, Dr. B. Gödde in Hovestadt, Dr M. Haagen in Gerdauen, Dr. E. Hagelweide in Lunow, Dr. Th. Harke in Friedeberg, Dr. O. Hauchecorne in Berlin-Schöneberg, Dr. H. Heckel in Breslau, Dr. K. Heerlein in Beuel, Dr. J. Herting, Direktor der Provinzial-Heilanstalt in Galkhausen, Dr. R. Hildebrand in Frankfurt a. M., Dr. S. Hirschland in Essen a. d. Ruhr, Dr. E. Honcamp in Caternberg, Dr. F. Hünnemeier in Münster i. W., Dr. A. Jacobowitz in Berlin-Schöneberg, Dr. W. Jänicke in Körlin a. P., Dr. J. Jürgensmeyer in Bielefeld, Dr. J. Kaloff in Warendorf, Dr. J. Katz in Beuthen (O.-Schl.), D. W. Kaute in Charlottenburg, Dr. J. Kemper in Geseke, Dr. W. Köhne in Weidenau, Dr. R. Kukulus in Groß-Schönebeck, Dr. L. Lazarus in Berlin, Dr. J. Littauer in Berlin-Schöneberg, Dr. A. Löwe in Bunzlau, Dr. L. van de Loo in Coblenz, Dr. R. Lorenz in Berlin-Wilmersdorf, Dr. E. Martini in Hagen, Dr. A. van Meenen in Wiesbaden, Dr. F. Michaelsen in Görlitz, Dr. K. Michels in Suhl, Dr. F. Mönnikes in Nieheim, Dr. M. Morris in Berlin, Dr. W. Müller in Vlotho, Dr. E. Mürau in Stettin, Dr. M. Neubauer in Pobethen, Dr. J. Neuber in Neiße, Dr. V. Neumann in Wormditt, Dr. J. Odenthal in Cöln, Dr. R. Pfeiffer in Düsseldorf, Dr. O. Podlewski in Berlin-Schöneberg, Dr. A. Proske in Bobrek, Dr. W. Recken in Münster i. W., Dr. M. Salomon in Hirschberg i. Schl., Dr. H. Schedel in Bad Nauheim, Dr. H. O. Schedtler, Direktor der Landesheilanstalt in Merxhausen, Dr. J. Schmalmack in Altona, Dr. W. Schubert, Direktor der Provinzial-Heilanstalt in Kreuzberg (O.-Schl.), Dr. A. Schürhoff in Soest, Dr. R. Schütz in Stettin, Dr. A. Schroers in Crefeld, Dr. J. Sternberg in Cöln, Dr. F. Strunden in Horst-Emscher, Dr. B. Wiecherkiewicz in Posen, Dr. O. Wigand in Fronhausen, Dr. E. Zabel in Halle a. S., Dr. E. Eckermann in Königsberg.

Ernannt: Dr. St. Leonhard in Bonn zum Kreisassistenzarzt in Saarbrücken, Kreisassistenzärzte Dr. Stoll in Charlottenburg zum Kreisarzt in Heydekrug, Dr. Boege in Sierakowitz zum Kreisarzt in Ueckermünde, Dr. W. Moeller in Saarbrücken zum Kreisarzt in Burgdorf, Dr. Schablowski in Gumbinnen zum Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes daselbst; wissenschaftl. Hilfsarbeiter an der Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung Dr. V. Grimm in Charlottenburg zum Kreisassistenzarzt daselbst; Arzt Dr. O. Wengel in Löbau (Westpr.) zum Kreisassistenzarzt in Sierakowitz.

Niedergelassen: Dr. V. Kasior in Filehne, Dr. H. Luyken in Niederseßmar, Dr. S. Meyersohn in Schivelbein.

Versetzt: Gerichtsarzt Dr. Klein von Essen a. d. Ruhr nach Gleiwitz, Gerichtsarzt Dr. Leers von Gleiwitz nach Essen a. d. Ruhr, Kreisarzt Dr. Gundlach von Ueckermünde nach Wernigerode, Kreisarzt Med.-Rat Dr. E. Wolff von Cosel nach Neiße, Kreisarzt Dr. Deckner von Heydekrug nach Cosel.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. G. Uhl von Bockenem, Dr. A. Ostermann von Boppard, Dr. B. Mutterer von Coblenz, Dr. F. Carnap von Barmen auf Reisen als Schiffsarzt, Dr. H. Rubin von Oberhausen auf Reisen.

Baden.

Niedergelassen: Dr. K. Haussleiter in Eberbach, Dr. M. Natterer und Dr. A. Stehr in Freiburg, Stabsarzt Dr. R. Möslein in Lahr, Dr. E. G. Adam in Altenheim, Oberstabsarzt a. D. G. A. Kirstein und Stabsarzt Dr. G. Jahn in Rastatt.

Verzogen: H. Wiehl von Hohentengen nach Immendingen, Dr. Paul Schulz von Freiburg nach Saarbrücken, Dr. J. Schürer, Dr. H. Förg, Dr. E. Aschenheim, Dr. L. Kaumheimer, Dr. G. Schott, Dr. F. Linn, Dr. Fr. Th. Hennrich und Dr. R. Isenschmied von Heidelberg, Dr. J. Ury von Karlsruhe.

Herzogtum Gotha.

Niedergelassen: Dr. Hennig und Dr. Schmitzker in Gotha.

Elsaß-Lothringen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Dr. Kob in Saarburg, Dr. Loos in Straßburg, Dr. Krüger in Dieuze, Dr. Stumpff in St. Avold.

Stern zum Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Prof. Dr. Schmiedeberg in Straßburg.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Dr. Sehrwald in Straßburg.

Ehrenkreuz 2. Kl. des Lippe-Schaumburgischen Hausordens: Generalarzt Dr. Brandt in Straßburg.

Gestorben: Landes-Med.-Rat Dr. Pawolleck in Straßburg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang Berlin, 15. März 1913 No. 11

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.


Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co.
FRANKFURT A/M.


Emser Wasser
Heilbewährt bei Katarrhen, Husten Heiserkeit, Verschleimung, Magensäure, Influenza u. Folgezustände.
Überall erhältlich in Apotheken Drogen- und Mineralwasser-Handlungen.
Königliche Mineralbrunnen
EMS
Schutzmarke


Appetit
aus
Fleisch, Chinarinde
Kalk-Lactophosphat
erzeugt
Vial's tonischer Wein
VIAL & UHLMANN. FRANKFURT a/M.


Sulfosotsirup
"Roche"
entgiftetes Kreosotpræparat.
Oekonomische Medikation bei
Erkrankungen der Atmungsorgane.
Da der Geschmack des Sulfosotsirup "Roche" im Vergleich mit Kreosot sehr gut ist, wird er meist gern genommen.
Rp. 1 Originalflasche SULFOSOTSIRUP "Roche"
Mk. 1.60 Fr. 2.– ö.Kr. 2.–
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co.
BASEL (SCHWEIZ) GRENZACH (BADEN)
WIEN III/1
SULFOSOT-SYRUP "ROCHE"
TAGESDOSIS:


PITUGLANDOL
"Roche"
10% Hypophysenextrakt.
Physiologisch kontrolliert.
Ampullen
Tabletten
Wehenerregendes und wehenverstärkendes Mittel.
Erfolge bei Amenorrhoe, Basedow etc.
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co.
BASEL (SCHWEIZ)
GRENZACH (BADEN)
WIEN III/1.

82. Jahrgang Berlin, 15. März 1913 No. 11

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Zur gefl. Beachtung!

Unsere Abonnenten, welche die Zeitung direkt vom Verlage durch das K. Post-Zeitungsamt überwiesen erhalten, bitten wir im Interesse der regelmässigen Zustellung der Zeitung folgendes zu beachten:

Abbestellungen sind rechtzeitig, spätestens **bis zum 17. März**, **an den Verlag** zu richten. Spätere Abbestellungen können **nicht** mehr berücksichtigt werden, da die K. Post einbezahlte Gebühren **nicht** zurückbezahlt.

Adressänderungen sind stets **dem Verlage** zu melden, welcher **einmalige** Ueberweisungen pro Quartal **kostenfrei** besorgt. Für wiederholte Adressänderung im Quartale ist die Ueberweisungsgebühr (50 Pfg.) vom Abonnenten zu entrichten.

Reklamationen einzelner Nummern bitten wir stets im eigenen Interesse **bei der betreffenden Postanstalt** anzubringen, da auf diese Weise die Nachlieferungen bedeutend schneller erfolgen können, als durch den Verlag.

Wiederholte Unregelmässigkeiten bitten wir stets direkt dem Verlage mitzuteilen, welcher in solchen Fällen immer umgehend Abhilfe schaffen wird.

Zahlungen für Exemplare, welche vom Verleger der Post zur Beförderung übergeben werden, sind **stets direkt an den Verlag, nicht an die K. Post,** zu richten. Im Falle von einzelnen Abonnenten die Zahlung an die K. Post beabsichtigt wird, **ist dem Verlage vorher Mitteilung zu machen, da sonst doppelte Lieferung** entsteht.

Oscar Coblentz, Verlagsbuchhandlung
(Verlag der „Allgem. medizin. Central-Zeitung").

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Fortose in der Nervenpraxis.

Von

Dr. G. Flatau (Berlin).

Mit dem Präparat Fortose und seiner Verwendung in der nervenärztlichen Praxis habe ich mich seit einem Jahre beschäftigt und möchte nachstehend über die gewonnenen Resultate berichten. Es könnte von vornherein mißlich erscheinen, ein Präparat zu beurteilen lediglich vom klinischen Standpunkte aus, ohne über Stoffwechselversuche zu verfügen. Indessen liegen solche ja bereits in einwandsfreier Weise vor; Bornstein hat über Fortose in diesem Sinne gearbeitet und über seine Resultate berichtet; ich komme darauf zurück.

Was zunächst das Präparat selbst betrifft, so wird es nach besonderem Verfahren aus reinem Muskelfleisch hergestellt; es gehört zu den hochprozentigen Eiweißpräparaten aus animalischem Eiweiß; es hat das Aussehen eines flockig-krümeligen, trockenen, weißen Pulvers, schmeckt angenehm, leicht salzig; der Geruch ist der einer Peptonlösung. Extraktivstoffe fehlen nach den Analysen (Fresenius [Wiesbaden]), ein für viele Fälle sehr wichtiges Verhalten. Von den 85,93 pCt. organischer Substanz sind gegen 8,53 pCt. Kohlenhydratsubstanz. Die Eiweißstoffe sind Fleischalbumosen, die Mineralstoffe Kochsalz, Phosphorsäure und Kalk. Das Präparat ist absolut löslich und verändert, was von großer Bedeutung für die Verwendung ist, als Zusatz den Geschmack der Vehikel (Kakao, Milch, Suppen etc.) nicht; über den Nutzen von Nährpräparaten im allgemeinen und von Eiweißpräparaten im besonderen brauche ich mich hier nicht auszulassen. Ewald, Pickardt[1]), Bornstein[2]) u. a. m. haben das Nötige darüber gesagt; man wird sie nicht entbehren können und nicht entbehren wollen. Die praktische Erfahrung zeigt, ob eines der Präparate vor dem andern Vorzüge aufweist.

Ueber die Wirkung der Fortose bei der Behandlung Nervenkranker sind bisher noch keine Arbeiten erschienen; um so eher sah ich mich veranlaßt, mich darüber zu äußern, nachdem ich eine ausreichend lange Zeit mich mit der Wirkung des Mittels vertraut gemacht habe.

Ich verfüge über im ganzen 27 Fälle, die lange genug

[1]) Pickardt: Therapeutisches Taschenbuch der Verdauungskrankheiten, Berlin 1908, Fischers med. Verlag.

[2]) Bornstein: Beitrag zur Bewertung der Albumosen. Med. Klinik, 1911.

unter Beobachtung gestanden haben, um ein abschließendes Urteil zu ermöglichen. Sie setzen sich aus klinischen und poliklinischen zusammen; zu diesen treten einige wenige Fälle aus der Privatpraxis. Ich sehe davon ab, jeden einzelnen Fall ausführlich zu besprechen, möchte aber doch eine Reihe von Krankheitsgeschichten anführen.

Fall 1. F. R., 55 Jahre alt, Tischler, seit Jahren heftige schießende Schmerzen, Abmagerung, Doppeltsehen; aus den objektiven Symptomen wird Tabes diagnostiziert. Zunächst wird eine Hebung des Ernährungszustandes ins Auge gefaßt; doch läßt der darniederliegende Appetit keine rechte Ueberernährung zu. Pat. erhält Fortose 3 mal täglich 1 Kaffeelöffel voll in Suppen, Milch; in den ersten zwei Wochen ist wohl der Appetit etwas reger. Das Gewicht nimmt nicht zu; Pat. erhält jetzt 3 Eßlöffel pro Tag. Seitdem beginnt die Eßlust sich erheblich zu steigern; das Gewicht nimmt innerhalb 8 Tagen 1½ Pfund zu, dann in 14 Tagen 2 Pfund, in weiteren 14 Tagen 1 Pfund. Pat. wird vorläufig aus der Behandlung entlassen, um seiner Beschäftigung nachzugehen; ¼ Jahr später wieder, sehr heruntergekommen, in ambulante Behandlung genommen. Auch diesmal unter Fortosedarreichung schnelle Hebung des Allgemeinzustandes.

Fall 2. Frau Z., 35 Jahre alt, klagt über Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Angstgefühl, Atemnot, Schwäche. Alles das sei aufgetreten nach einem starken Blutverlust bei einer Entbindung. Objektiv: genügendes Fettpolster, Bauchdecken sehr schlaff. Gesicht gedunsen, Schleimhäute sehr blaß, Gesichtsfarbe fahl weiß, sehr hinfälliges Wesen. Augenhintergrund auffällig hell. Sehnenphänomene sehr lebhaft, Urin frei von Eiweiß. Unter Bettruhe, Behandlung mit Eisen, Sulfur. depurat., reichlicher Ernährung keine Besserung. Keine Oedeme, keine Milzschwellung. Blutuntersuchung ergibt keine Anhaltspunkte für perniciöse Anämie; Lungenbefund ohne Besonderheiten. Dann wurde die Eisenmedikation ausgesetzt, da sich Magenschmerzen einstellten, und Fortose gereicht. Erste Woche zwei Eßlöffel täglich als Zusatz zu Kalbfleisch- oder Geflügelbrühe, dann 3 Eßlöffel pro Tag. Als erstes wurde Besserung der Eßlust angegeben; nach Ablauf von zwei Wochen fand sich Zunahme des Kräftegefühls, Besserung der Gesichtsfarbe, allmählich auch bessere Färbung der sichtbaren Schleimhäute; keine Magenbeschwerden; von der dritten Woche an auch Gewichtszunahme. Unter Fortsetzung von Fortosedarreichung Arbeitsfähigkeit nach im ganzen fünfwöchiger Fortosebehandlung.

Fall 3. Fr. L., 30 Jahre alt, Näherin, seit ca. 3 Jahren alljährlich, meist im Anschluß an Abort, 5—6 Wochen arbeitsunfähig, stets mit Klagen über Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Schwächegefühl, Herzklopfen. Kleine, unterernährte Frau von vorzeitig gealtertem Aussehen, Puls beschleunigt, Händezittern, einmal Zustand von Ohnmacht während der Untersuchung. In diesem Jahre wurde sofort mit Fortosebehandlung begonnen. Hier war eine schnelle Besserung des Appetits das erste Zeichen der Wirkung; die Gewichtskontrolle ergab schon für die erste Woche eine Zunahme von 3 Pfund (!), so daß an einen Irrtum beim Wiegen gedacht wurde; indessen war auch in der zweiten Woche noch eine Zunahme von 2 Pfund bemerkbar. In der dritten Woche knapp 1 Pfund Gewichtszunahme. Damit Hand in Hand ging eine Besserung der Beschwerden, so daß man schon nach Ablauf der dritten Woche diesmal die Arbeitsfähigkeit bescheinigen konnte.

Fall 4. Margarete K., 15 Jahre alt, Lehrmädchen, erkrankte mit Verstimmung, weinerlichem Wesen, Unruhe, ungewollten Bewegungen, Abmagerung, Appetitlosigkeit, schlechtem Schlaf. Diagnose: Chorea minor, mittelschwere Form. Therapie: Bettruhe, lactovegetabile Diät. Innerlich Sol. Fowler. in steigenden Dosen. Nach 3 Wochen allmählich Nachlassen der ungewollten Bewegungen, aber keine Besserung des Ernährungszustandes. Zusatz von Sahne wird nicht vertragen; Appetit stellt sich erst ein, nachdem ½ Büchse Fortose verbraucht ist; Pat. erhält 4 mal tägl. ½ Eßlöffel voll neben dem Arsen. Jetzt ergeben die Gewichtskontrollen auch Zunahme, welche in der ersten Woche am deutlichsten ist (2 Pfund, dann 1½ Pfund bezw. 1 Pfund).

Fall 5. J., 19 Jahre alt, Gürtlergehilfe, kommt im Jahre 1911 zur Behandlung wegen allgemeiner Schwäche, Kopfdruck, Schwindel, Herzklopfen. Pat. wurde auf 6 Wochen in eine Erholungsstätte geschickt, gebessert entlassen, arbeitete vom Herbst 1911 bis zirka September 1912 und erkrankte dann wiederum. Alle Beschwerden sind in gleichem und stärkerem Grade aufgetreten; im Vordergrunde steht Gewichtsabnahme und Appetitverlust. Pat. wird mit Galvanisation behandelt und erhält nach Feststellung seines Gewichts Fortose, mit der Weisung, davon 3 mal täglich 1 Eßlöffel in Milch oder Suppe zu nehmen. Die Gewichtskontrolle ergibt eine Zunahme von 3 Pfund nach 10 Tagen, in der folgenden Wiegeperiode 1½ Pfund. Pat. betont das schnelle Wiedereintreten des Appetits.

Fall 6. K., 45 Jahre alt, Vergolder, klagt über Druckgefühl im Magen, Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme; alle möglichen Speisen werden nicht vertragen; er ist abgemagert. Der überweisende Magenspezialist hat einen Befund nicht erheben können; seine Diagnose nervöser Magenbeschwerden kann nur bestätigt werden. Es bestehen noch andere Zeichen der Neurose. Die Behandlung besteht in Galvanisation, hydrotherapeutischen Maßnahmen, Gaben von Fortose. Das Präparat machte keine Beschwerden; der Appetit hob sich schnell; auch hier war die Gewichtszunahme in den ersten 14 Tagen überraschend; in der folgenden Zeit war sie langsamer.

Außer diesen ausführlich beschriebenen sechs Fällen wurden noch 21 mit Fortose behandelt, darunter drei Kinder, welche an einfacher Chorea litten, zwei, bei welchen es sich um allgemeine Nervosität und Unterernährung handelte (Privatpraxis). Die übrigen 16 Fälle betrafen Frauen, die das, man möchte sagen, typische Bild der nervösen, durch übermäßige Arbeit und vielfache Entbindungen und Aborte geschwächten blutarmen Arbeiterfrau darboten. Immer wiederholen sich die Klagen über Schwäche, Kopfschmerzen (fünfmal typische Migräne), stete Müdigkeit, dabei doch schlechten Schlaf, Reizbarkeit, Schwindelgefühl, Abmagerung und mangelhaften Appetit.

Von diesen gab eine Kranke an, daß sie nach Einnehmen der Fortose Erbrechen gehabt habe, daher wurde von weiterem Versuche abgesehen. Bei einer zweiten finde ich unter meinen Notizen die Angabe, daß sie am Ende der ersten Woche der Fortosebehandlung einmal Magenschmerzen gehabt habe, für welche sie eine andere Ursache nicht wisse; später sind aber keine Beschwerden mehr aufgetreten. Der Rest der Fälle, ebenso wie die oben ausführlich berichteten, hat das Präparat gut vertragen; mehrere Male haben Patienten, welche im Verlauf des Beobachtungsjahres ein zweites Mal in Behandlung traten (diese Fälle sind in der Statistik nur einmal gezählt), spontan wieder das Präparat verlangt unter dem Hinweis, daß es ihnen so gut bekommen sei und ihnen wieder Eßlust gemacht habe. In den oben angeführten Fällen wird es schon aufgefallen sein, daß gerade in der ersten Zeit die Gewichtszunahme so augenfällig war, und auch in den andern Fällen ist das Verhalten noch mehrfach hervorgetreten; ich möchte die Erklärung dafür darin sehen, daß einmal in der Tat — wie dem Mittel ja schon von anderer Seite nachgerühmt wurde — es auch in größern Mengen keinen unangenehmen Darmreiz ausübt, somit seine Wirkung als Eiweiß völlig entfalten kann, dann aber auch in außerordentlichem Grade die Eßlust anregt. Diese Wirkung wurde nicht nur von den Kranken übereinstimmend angegeben, sondern auch von einem Kollegen, welcher nach überstandener Influenza völlig appetitlos geworden war und gegen Fleisch einen ausgesprochenen Widerwillen hatte, bestätigt. Auch bei ihm stellte sich unter Fortose sehr schnell wieder Appetit ein; der Widerwille gegen Fleischnahrung verschwand sehr bald. Wir werden uns erinnern müssen, daß solcherlei nervöse Folgezustände nach Influenza gar nicht so selten sind, und daß sie oft erstaunlich hartnäckig allen therapeutischen Versuchen trotzen. Es wird geboten sein, in solchen Fällen auf die Fortose zurückzugreifen. Wenn es sich auch hier nur um einen einzelnen Fall von Widerwillen nach Influenza handelt, so tritt doch in den andern Fällen von Appetenzmangel auf nervöser Basis die günstige Einwirkung der Fortose mit solcher Deutlichkeit auf, daß ich mich zu der Empfehlung berechtigt glaube.

Die sehr prompte Einwirkung des Präparates auf Appetit und Ernährung war stets zu bemerken, so daß wir uns seiner namentlich dann bedienen werden, wenn wir bei heruntergekommenen Kranken einen schnellen Erfolg haben wollen. Das Fehlen der Extraktivstoffe wird eine Anwendung auch für die Fälle nervöser Erkrankung gestatten, bei denen wir sofort eine laktovegetabile Kost vorschreiben; hierher gehört meines Erachtens die Chorea, manche Formen von Migräne, die Epilepsie. Was zunächst die letztere anbetrifft, so habe ich über die Anwendung der Fortose dabei keine Erfahrungen machen können; ich bevorzuge eine kochsalzarme Diät dabei und habe deswegen von der Verwendung der Fortose abgesehen. Ob es angängig ist, ein kochsalzarmes Präparat zu schaffen, oder ob es möglich sein wird, mit dem gegenwärtigen Präparat auch bei Epileptikern zu arbeiten, kann erst durch entsprechende Versuche gezeigt werden. Bei der Chorea ist — wie meine Fälle zeigen — es nicht nur ganz unbedenklich, Fortose zu geben, sondern der Erfolg der Behandlung ein recht erfreulicher. Man konnte nun sagen, daß die Gewichtszunahme vielleicht dem Arsen in Form der Solutio Fowleri zuzuschreiben sei, und nicht der Fortose. Dem-

gegenüber möchte ich darauf hinweisen, daß die prompte Appetitanregung ganz gewiß nicht auf das Arsen zu beziehen ist. Auch habe ich eine solche Zunahme, wie in meinen Fällen, von denen der Fall 4 ein Beispiel gibt, vom Arsen allein niemals gesehen, so daß ich mich berechtigt glaube, den Erfolg in dieser Hinsicht doch im wesentlichen als Werkzeug der Fortose anzusehen. Ich lege hier sowohl wie bei den noch zu besprechenden Migränefällen besondern Wert darauf, daß Fortose gut mit Arsenpräparaten gegeben werden kann. Es hat sich nun in der Praxis gezeigt, daß bei Arsen die Fettnahrung verringert werden muß; fette Speisen wurden oft nicht gut vertragen, wenn als Medikament Arsen gereicht werden mußte, ich habe es dabei öfter erlebt, daß unter der angeordneten laktovegetabilen und fettarmen Kost das Gewicht entweder nicht anstieg, obgleich das erwünscht gewesen wäre, sondern eher noch zurückging. Ich begrüße daher in der Fortose ein Mittel, das es gestattet, von vornherein diesem Mangel zu begegnen.

Unter den behandelten Kranken klagten eine nicht kleine Zahl über Kopfschmerzen, es ließ sich fünfmal feststellen, daß diese Schmerzen einen migräneartigen Charakter trugen: Auftreten in Anfällen, mit Uebelkeit, Erbrechen, zuweilen Augenflimmern etc. In solchen Fällen pflege ich zum Arsen zu greifen und die oben erwähnte Diät zu verordnen; ich möchte auch hier darauf hinweisen, daß ich, um die vorhandene Unterernährung zu beseitigen und der Gefahr einer weiteren Gewichtsabnahme zu begegnen, Fortose in der üblichen Weise gab und der Erfolg durchaus den Absichten entsprach. Abnahme bezw. Aufhören der Anfälle ging mit Besserung von Appetit und Ernährung Hand in Hand.

Nährklystiere zu verordnen, bin ich bei meinen Fällen bisher nicht in die Lage gekommen. Es sind aber wohl solche Fälle denkbar, etwa bei Nervösen mit starker Unterernährung und so ausgesprochenem Widerwillen gegen Speisen, daß die Ernährung per os zu gering wird, ferner bei Psychosen. Da dürfte sich bei der leichten Löslichkeit, der Reizlosigkeit und dem hohen Nährwert der Fortose ein Versuch wohl lohnen. Vorschriften für solche gibt Haneborg [Christiania] [3]).

Ich kann auf Grund meiner gewonnenen günstigen Resultate die Anwendung der Fortose in der Nervenpraxis wohl befürworten.

Die Fortschritte der medikamentösen Irrentherapie im Jahre 1912.

(Sammelreferat.)

Von

Anstaltsoberarzt Dr. **Wern. H. Becker** in Weilmünster.

(Schluß.)

b) Mehr oder weniger spezifisch wirkende Mittel.

69. W. Schmith: Brit. med. Journ., 23. Nov. 1912.
70. Kgl. Sächs. Medizinalkollegium: Das Irrenwesen i. Königr. Sachsen i. J. 1910, Leipzig 1912.
71. Fackenheim: Vortrag auf der 6. Jahresversammlung deutscher Nervenärzte, 27. Sept. 1912.
72. Hauptmann: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 35.
73. Kino: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 9.
74. Jach: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 10.
75. Jödicke: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 7.
76. Ammann: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 12.
77. Becker: Fortschritte der Medizin, 1912, No. 41.
78. Dorner: Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1912, Bd. 69, H. 1.
79. Jödicke: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 19.
80. Meyer: Vortrag a. d. Jahresversammlung d. deutschen Vereins f. Psychiatrie, 31. Mai 1912.
81. Spielmeyer: Vortrag a. d. Jahresversammlung des deutschen Vereins f. Psychiatrie, 31. Mai 1912.
82. Pilcz: Petersburger med. Zeitschr., 1912, No. 5.
83. Pilcz: Wiener med. Wochenschr., 1912, No. 31.
84. Jurmann: Russk. Wratsch, No. 46 u. 47 (Ref. i. d. D. med. Wochenschr., 1912, No. 4).
85. Wagner v. Jauregg: Wiener klin. Wochenschr., 1912, No. 1.
86. Mahr: Inaug.-Diss., Jena 1912.
87. Vorbrodt und Kafka: Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 3.
88. Chrzelitzer: Dermatol. Wochenschr., 1912, Bd. 54, No. 6.
89. Steiner: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 29.
90. Jaeger: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 4.
91. Strubell: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 45.
92. Saalfeld: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 42.
93. Loewy: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 23.
94. Schröder: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 32.
95. Topp: Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr., 1912/13, No. 11.
96. Korb: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 11.
97. Sternberg: Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie, Bd. 15, H. 12.
98. Hartge: Russk. Wratsch, 1912 (1911 a. St.), No. 51.
99. Hanssen: Norsk. Mag. f. Laegevid, 1912, No. 4.
100. Maier: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 36.
101. Kocher: Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 27 u. 28.
102. Pulawski: Mediz. Klinik, 1912, No. 30.
103. Scheuer: Prager med. Wochenschr., 1912, No. 2.
104. Brieger: Vortrag a. d. 21. Vers. d. deutschen otologischen Gesellschaft, 23. Mai 1912.
105. Noehte: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 10.
106. Jooss: Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 26.

Eine neue Art, Geisteskranke zu behandeln, wird uns aus England zugetragen. Herr W. Maule Schmith (69) gab Senil-Dementen, Epileptikern, Melancholikern, Manischen, Schizophrenischen u. a. Gehirnextrakt von jungen Schafen und Rindern; damit will er erreicht haben, daß sich der Allgemeinzustand der Kranken hob, Erregungszustände seltener wurden und deprimierte Patienten spontan arbeits- und lebenslustig wurden. Eine verblüffend einfache Methode, die teuren Irrenanstalten zu entvölkern, wenn nur alle Nachuntersuchungen die Schmithschen Erfahrungen bestätigen würden. Leider ist nur zu befürchten, daß jeder ernsthafte Forscher weniger günstige Resultate bekommt.

Der Epilepsiebehandlung sind im Berichtsjahre auch wieder eine Reihe von Publikationen gewidmet. Rosenbergs Epileptol hat in der königlich sächsischen Anstalt im Jahre 1910 „in einzelnen Fällen bessere Wirkungen aufweisen können, als Bromnatrium“, es sei aber nicht möglich gewesen, einen Anhalt dafür zu gewinnen, in welchen bestimmten Fällen dem Epileptol der Vorzug gegeben werden könnte. Gänzlich verworfen wird in demselben Bericht (70) „Hensels amorph. Kieselsäure“, deren chemische Zusammensetzung schon irgendeinen Wert für die Epilepsiebehandlung ausschließe. Einer der bereits im vorigen Jahre in der Jahresrevue genannten Vorkämpfer des Krotalin, Fackenheim (71) [Cassel], hat sich abermals, diesmal vortragenderweise, für das Klapperschlangengift, das er subkutan injiziert, verwandt und berichtet wiederum über günstige Erfolge. Die Anfälle seien ohne Bromdarreichung bis zu einem Jahre ausgeblieben. Auch auf das Luminal muß ich bei der Epilepsiebesprechung noch einmal kurz zurückkommen. Zwei Autoren behaupten nämlich, daß Luminal unter Umständen bei der Epilepsie mehr zu leisten vermöge als Brom. Hauptmann (72) meint, daß Luminal gerade in den schwersten Fallsuchtsfällen, die selbst auf hohe Bromdosen nicht mehr reagierten, die Anfälle noch zu coupieren vermochte, und Kino (73) sah bei zwei Epileptikerinnen nach Luminaldarreichung das Brom entbehrlich werden. Wenn ich aber zu Beginn des vorigen Berichtsjahres schrieb: „Das Brom scheint einstweilen das souveräne Mittel in der Epilepsietherapie bleiben zu sollen“, so gilt dieser Satz unter voller Würdigung der 1912er Literaturernte auch heute noch. Aber welches Brompräparat? — In dem oben bereits erwähnten amtlichen sächsichen Bericht werden noch Sabromin und Spasmosan lobend erwähnt. Das Uchtspringer Ureabromin ist nach Jach (74) wegen geringerer Nebenerscheinungen vielen anderen Brompräparaten vorzuziehen. Jödicke (75) hingegen behauptet, Zebromal sei das einzige Brompräparat, das die Verdauungsorgane nicht angreife und keinen unangenehmen Geschmack habe. Ammann (76) wiederum zieht Sedobromol vor, das man recht gut der salzlosen Suppe zusetzen könne. Wir kommen da schon auf diätetische Maßnahmen, die weiter unten noch eingehender gewürdigt werden sollen. Einen Streifzug durch das Arsenal alter und neuer Epilepsiemethoden habe ich (77) im letzten Quartal noch unternommen, wobei der alte Herr Ben Akiba wieder einmal glänzende Rechtfertigung erfuhr. — Beim Status epilepticus empfiehlt Dorner (78) zwei- bis dreimal 3 mg Atropin sulfuricum; Joedicke (79) gibt eine kompliziertere Behandlungsart desselben an, in der folgende Infusionslösung eine Rolle spielt: Natr. chlorat. 9,0, Natr. bicarbon., Calc. chlorat., Kal. chlorat. aa 0,2, Aq. dest. ad 1000,0. —

Die Paralysebehandlung fand im Berichtsjahre eine eingehende Würdigung auf dem Kieler Psychiaterkongreß. Die beiden Vorträge von Meyer (80) und Spielmeyer (81) leiteten diese Verhandlung ein. Des letzteren Ausführungen waren mehr theoretischer Art; Meyer ging mehr auf praktische Gesichtspunkte ein. Erst wurden alle früheren und modernen Paralysebehandlungsmethoden aufgezählt. Welches von diesen Mitteln am meisten leiste, sei noch nicht zu entscheiden, vielleicht die Kombination von Salvarsan mit irgendeinem anderen Mittel, z. B. dem nukleinsauren Natron. Man muß Meyer beipflichten: Mit Sicherheit Remissionen zu erzeugen oder gar den letalen Ausgang der Krankheit zu verhüten, vermag keines der vorgeschlagenen Mittel. Der eine Autor hält

[3]) Haneborg: Nord. Tidskrift for Lagetoerening, 1912.

dies für das beste, der andere jenes. Pilcz (82) propagiert wieder seine Tuberkulinbehandlung. Von seinen 86 Fällen wurden 10 pCt. wieder gesellschaftsfähig, 26 pCt. wieder berufsfähig und so weitgehend gebessert, daß sie praktisch als geheilt erscheinen konnten. Pilcz ist loyal genug, für Fälle von gleichzeitig bestehender Lungentuberkulose statt des Tuberkulins das nukleinsaure Natron anzuraten. Aehnliche Resultate teilt derselbe Autor a. a. O. (83) mit und weist besonders auf die demente Form der Paralyse hin, wo Spontanremission selten, durch Tuberkulin geschaffene Remissionen aber manchmal zu erzielen seien. Dem nukleinsauren Natron redet das Wort auf Grund einer Kasuistik von 17 Fällen Jurmann (84). Auf seine Bakterientoxine schwört nach wie vor Wagner v. Jauregg (85). Weniger günstig lauten die Berichte über Paralysebehandlung mit Salvarsan. Es ist mir unmöglich, im Rahmen dieses Sammelreferats alle Salvarsanaufsätze aufzuzählen, denn es sind über Salvarsan im Berichtsjahre weit über 200, über Neosalvarsan außerdem noch mehr als 30 Artikel publiziert worden. Nicht einmal einzelne Aufsätze herauszugreifen würde mir ziemen, da sie bei der Verschiedenartigkeit der Resultate einer Parteinahme, die mir bei fehlender eigener Erfahrung nicht zukommt, gleichkommen würde. Ich kann nur auf Grund der Literaturkenntnis das Urteil fällen, daß Salvarsan (oder Neosalvarsan?) in einigen Fällen von initialer Paralyse etwas Gutes zu leisten scheint, besonders in Verbindung mit einem anderen Spezificum. Da aber manchmal gerade das Gegenteil erreicht wird, akute Verschlimmerung — ob post Salvarsanum oder propter Salvarsanum bleibe dahingestellt — eintritt, so ist dem praktischen Arzt die Vornahme der Salvarsankur bei Paralyse einstweilen nicht zu raten, da die Fortsetzung der Versuche vorerst noch den großen Krankenhäusern vorbehalten bleiben muß. Erwähnt sei an dieser Stelle noch eine unter Binswangers Aegide entstandene Dissertation (86), in der über 20 Paralysefälle — behandelt mit allen möglichen modernen Medikamenten — berichtet wird. Das Resultat ist ein recht betrübendes. Nur ein Fall von mit Nukleogen behandelter Gehirnerweichung zeigte eine Remission; nukleinsaures Natron, Salvarsan, Tiodin und Kochsches Tuberkulin blieben wirkungslos, ebenso Nukleogen in anderen Fällen. Sollten wir nicht verzweifeln über die Ohnmacht unserer Therapie? — Nein, man fahre fort, unentwegt fort mit den Versuchen, die uns allmählich schon auf den richtigen Weg bringen werden.

Etwas weiter sind wir bei der Hirnlues, die ja auch oft den Psychiater interessiert. Hier sind antisyphilitische Kuren mit Hg und Jodkali noch immer am Platze. Vereinzelt werden neuere Präparate desselben Ursprunges empfohlen. Vorbrodt und Kafka (87) weisen, mit aller Reserve allerdings, auf das Enesol hin. Chrzelitzer (88) empfiehlt als Joddarreichung das Jodocithin, das ein neues Jod-Lecithin-Eiweißpräparat darstellt. Die Jodpräparate werden ja auch angewandt bei der Arteriosklerose, die wiederum bei Auftreten von physichen Erscheinungen den Irrenarzt angehen. Steiner (89) plaidiert da für Jodocithin als rationellstes Jodpräparat; ebenso Jaeger (90). Strubell (91) dagegen bevorzugt Jodglidine, Saalfeld (92) das Jodostarin, Loewy (93) das Jodtropon. Mit letzterem Präparat kommen wir zu dem Heer der Nährpräparate, wie sie in erster Linie bei Erschöpfungspsychosen, dann aber auch schließlich bei jeder Art von Geistesstörung indiziert ist, die eine Reduzierung des Ernährungs- und Kräftezustandes mit sich bringt. Schröder (94) empfiehlt da Maggis Würze, Topp (95) China-Lecin und Lecin, Korb (96) das Prothämin, und so hat jeder Nervenarzt wohl sein von ihm besonders gern verordnetes Präparat. Für Mastkuren rät Sternberg (97) besonders den Zucker, also starkes Süßen der Speisen an.

Indem wir damit zur allgemeinen Diätetik der Nerven- und Geisteskrankheiten übergehen: Auf Grund physiologischer Versuche widerrät Hartge (98) bei Kindern mit nervösen Störungen den Fleischgenuß, der möglichst einzuschränken sei. Was speziell die Epilepsie betrifft, so ist die vegetabilische, reizlose und kochsalzarme Diät ja schon länger als wohltätig auf die Frequenz der Anfälle bekannt. Wenn Hanssen (99) die salzarme Kost als eklatant wirkend in einem Epilepsiefall beobachtet hat, so ist das uns deutschen Psychiatern nichts Neues. Eine neue Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost aber stellen die Sedotabletten dar, die mit 1,1 g Bromnatrium und nur 0,1 g Chlornatrium versetzt sind, in heißem Wasser gelöst werden und so eine Epileptikern sehr zuträgliche Bouillon bilden; Maier (100) hat ausführlich darüber geschrieben.

Nun noch zur Therapie des thyreogenen Irreseins. Kocher (101) stellt den Satz auf: „Jod- und Schilddrüsenbehandlung ist auf nicht stenosierende und nicht stärker oder rascher wachsende Kröpfe zu beschränken, bei welchen Zeichen von verminderter Schilddrüsenfunktion vorliegen"; das gilt also für alle Kretinen und Myxödematösen. Schwieriger ist die Frage der internen Therapie bei Basedowkranken, wo z. T. sicher eine Hyperfunktion im Spiele ist. Deshalb vermögen auch, wie Pulawski (102) sehr richtig schreibt, sowohl Jodkali wie Thyreoidin Basedowerkrankung bei Kropfkranken auszulösen. Zwar hat man immer noch andere Fälle beobachtet, in denen die Joddarreichung Besserung brachte; hier handelt es sich dann wohl um eine perverse, falsche Sekretion der hypertrophierten Drüse. Richtiger scheint es zu sein, Rhodagen oder ähnliche Präparate anzuwenden. So sah Scheuer (103) einen Basedowfall durch Rhodalzid günstig beeinflußt.

Zum Schluß seien zwei Kuriosa noch aus der Literatur herausgeholt. Dahin gehört erstens die Urotropintherapie der Meningitis, welch letztere ja auch das Gebiet der Psychiatrie wenigstens streift. Diese neue eigenartige Therapie ist auf dem letzten Otologenkongreß zu Hannover mehrfach ventiliert und dann schließlich von namhaften Autoren [Brieger (104) u. a.] ad acta gelegt worden. Zweitens ist dazu zu rechnen die Behandlung maligner Hirntumoren mit Salvarsan. Noehte (105) behandelte so ein Zylinderzellencarcinom des Stirnhirns, erzielte für einige Wochen eine auffallende und weitgehende Besserung. Später wieder Verschlimmerung und Wirkungslosigkeit weiterer Salvarsandosen. In dem Joosschen (106) Falle hatte das Angiosarkom durch den Salvarsaneinfluß an Umfang zugenommen und dadurch den Exitus letalis beschleunigt.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Dr. **R. Koch** (Frankfurt a. M.): **Zur Bedeutung des Vorkommens von Diphtheriebacillen im Harn.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Conradi und Bierast haben vor kurzem die Urine von 155 Diphtheriekranken untersucht und darin in 54 Fällen Diphtheriebacillen durch mikroskopische Untersuchung gefunden. In 6 Fällen wurde die Virulenz der gezüchteten Stämme durch den Tierversuch geprüft und bestätigt gefunden. Verf. ist aber der Ansicht, daß die alleinige mikroskopische Untersuchung nicht genügt, um Diphtheriebacillen als solche im Urin nachzuweisen. Er selbst hat 111 Urinproben von 26 Diphtheriepatienten untersucht. Darunter wurden in 4 Urinproben bei 2 Patienten tierpathogene Diphtheriebacillen gefunden. In 10 Urinproben von 5 Patienten wurden vereinzelte diphtheroide Stäbchen gefunden, deren Reinzüchtung entweder nicht gelang, oder zu einem uncharakteristischen avirulenten Stamme führte. Ebensolche vereinzelte diphtheroide Stäbchen fand Verf. unter 19 Urinproben von Scharlachkranken, die bestimmt frei von Diphtherie waren, 4 mal. Die Patienten, bei denen tierpathogene Diphtheriebacillen im Urin gefunden wurden, waren solche, die im Frühstadium der Erkrankung an Herz- und Gefäßlähmung starben.

Dr. **K. Vorpahl** (Lübeck): **Spirochätenbefund im Urin bei Nephritis syphilitica.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Im Verlauf einer Syphilis tritt zuweilen eine Nierenentzündung auf. Ob man eine solche als zufällig hinzutretende (evtl. durch das Quecksilber hervorgerufene) Komplikation aufzufassen habe, oder ob es auch eine echt syphilitische Nephritis gibt, wurde früher viel erörtert. Nach den neueren Erfahrungen kann es jedoch als sicher gelten, daß es syphilitische Nierenentzündungen gibt, welche durch Quecksilberbehandlung zur Heilung kommen. Verf. hatte früher selbst Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um eine 22 jährige Patientin mit syphilitischem Exanthem und Drüsenschwellungen und hohem Eiweißgehalt des Urins (bis 16 Promille nach Esbach). Es war ein echter Fall von Nephritis syphilitica praecox; man bezeichnet so alle Fälle von luetischer Nephritis, welche in den Frühstadien der Lues, meist im Sekundärstadium zusammen mit dem Exanthem, akut auftreten. Diese Nephritis zeigt die meisten Heilerfolge durch Hg-Behandlung. Es kommen aber auch im tertiären Stadium akute und chronische Nierenentzündungen vor. Bei dieser Gruppe ist der Erfolg einer antiluetischen Behandlung unsicher. Es sind wohl Heilungen, aber auch Verschlimmerungen, sogar mit letalem Ausgang, beobachtet worden. Charakteristisch für die luetische Nephritis ist der hohe Eiweißgehalt, vielfach 10 Promille und mehr. Herz- und Gefäßkomplikationen werden nie erwähnt. Die luetische Nephritis hat meist einen hämorrhagischen Charakter. Wenn eine sichere luetische Nephritis im Sekundärstadium vorliegt, ist man nach den vorliegenden günstigen Erfahrungen zur Einleitung einer Quecksilberkur berechtigt. Schwieriger liegt die Frage beim Tertiärstadium. Verf. glaubt nun, daß, wenn man im Urinsediment bei der Nephritis eines tertiären Luetikers Spirochäten nachweisen kann, man zur Einleitung einer spezifischen Behandlung berechtigt ist, denn dann handle es sich um einen frischen luetischen Prozeß. Er hatte vor kurzem Gelegenheit, eine Nephritis als tertiärluetische zu erkennen und im Bodensatz des zentrifugierten Urins mittels des Tuscheverfahrens Syphilisspirochäten aufzufinden. Es handelte sich um eine 38 jährige Frau, die vor 12 Jahren syphilitisch infiziert worden war und damals eine Schmierkur durchgemacht hatte. Sie erkrankte jetzt mit Hals- und Kopfschmerzen. Es fand sich eine

akute hämorrhagische Nephritis, welche zunächst nicht als syphilitisch aufgefaßt (4 Prom. Albumen, Zylinder, Erythrocyten, Nierenepithelien etc.), sondern als Folge einer einfachen Angina betrachtet wurde. Als aber die Halsschmerzen und die Nephritis auf die gewöhnliche Therapie sich nicht besserten und die genaue Inspektion des Rachens auf der Rückseite der linken Tonsille und an der hinteren Rachenwand zerklüftete Geschwüre ergab, entstand der Verdacht auf Syphilis; die Wa.-Reaktion fiel in der Tat stark positiv aus. Nunmehr fand Verf. auch, wie erwähnt, im Urinsediment Spirochäten. Es wurde nun eine Schmierkur eingeleitet; nach Beendigung derselben (ca. 5 Wochen) war der Urin bis auf einzelne Zylinder normal geworden; die Rachengeschwüre heilten ebenfalls schnell ab. Die Geschwüre im Rachen in diesem Falle sieht Verf. als zerfallene Gummata an.

Privatdozent Dr. **Oscar Gross** (Greifswald): **Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Achylia gastrica und pancreatica.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Bekanntlich leiden Patienten mit einfacher Achylia gastrica (Salzsäuremangel) häufig an Durchfällen. Aber nur bei einem Teil der Fälle findet man dies Symptom. Da es nun gerade die Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sind, die zu Durchfällen Veranlassung geben, lag es nahe, bei den Achylien die Funktion des Pankreas zu untersuchen. Verf. führte diesen Gedanken durch, indem er bei allen Patienten, bei denen Achylia gastrica diagnostiziert worden war, den Stuhl auf seine pankreatische Funktion (Trypsin) untersuchte. Es fand sich, daß bei denjenigen Patienten mit Achylia gastrica, bei denen Durchfälle fehlten, meist die Trypsinverdauung des Stuhles normal war, dagegen war bei den an Durchfällen leidenden Patienten die Trypsinverdauung deutlich herabgesetzt. Was nun die Therapie dieser Durchfälle bei Achylia gastrica anlangt, so machte Verf. bei fast allen Fällen die Beobachtung, daß die Verordnung von Salzsäure allein ohne erheblichen Einfluß auf die Durchfälle war. Erfolg wurde erzielt, wenn man daneben das fehlende Pankreasferment künstlich ersetzte. Dabei bewährte sich am besten das P a n k r e o n (Chem. Fabrik Rhenania, Aachen). Bei kombinierter Anwendung von Acidolpepsin und Pankreon wurden in vielen derartigen Fällen eklatante Erfolge erzielt. Jahrelang bestehende Beschwerden, die jeder Therapie getrotzt haben, werden mit einem Schlage beseitigt. Verf. verordnet gewöhnlich zu der Mahlzeit 2—3 Acidolpepsintabletten (Stärke 1) und nach dem Essen 3 Pankreontabletten. R. L.

Chirurgie.

Dr. **K. E. Veit** (Halle a. S.): **Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Verf. bringt kurz die durch v. B r a m a n n seit mehr als 20 Jahren in der Halleschen chirurgischen Klinik geübte Therapie des äußeren Milzbrandes in Erinnerung. Dieselbe ist streng konservativ. Sie besteht in möglichster Ruhigstellung des betroffenen Gliedes und Behandlung des Karbunkels mit grauer Salbe. Außerdem werden zur Stärkung des Herzens Digitalis, Digalen, Coffein und Kampfer gegeben, außerdem Alkohol reichlich als Excitans. Bei dieser konservativen Behandlung geht die Infiltration meistens innerhalb kurzer Zeit zurück. Die Bläschen trocknen ein und die Nekrose stößt sich unter weiterer Salbenbehandlung oder trockenen Verbänden ab. Die Drüsenschwellung geht zurück; die Patienten können nach einer Woche das Bett verlassen. Von 49 seit 1890 in der Halleschen Klinik nach diesen Grundsätzen behandelten Milzbrandfällen sind nur zwei gestorben.

Dr. **Arthur Mueller** (München): **Ueber die Beziehungen der Appendicitis chronica zu den weiblichen Geschlechtsorganen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

Die Erfahrungen der operativen Gynäkologie haben die Erkenntnis gebracht, daß bei Frauen neben den Erkrankungen der Geschlechtsorgane häufig eine chronische Appendicitis besteht. Verf. berichtet über seine Beobachtungen an 300 Fällen von Appendixoperationen bei Frauen; unter diesen waren nur 19 akute schwere Entzündungen; in 281 Fällen bestand ein chronischer Verlauf. Darunter fanden sich 17 mal sogen. Konglomerattumoren, bei denen alle Beckenorgane durch dicke, schwielige, meist abgekapselte Eiterherde umschließende Schwarten zu einer Masse verklebt waren; der Wurm war oft zwischen den beiden faustgroßen Adnextumoren in der Tiefe des Beckens verwachsen. Ferner fand sich in 191 Fällen kleincystische Degeneration der Ovarien und 40 mal Salpingitis. Pyosalpinx wurde 25 mal gefunden. Kombination mit Extrauteringravidität bestand 11 mal, mit Myomen 19 mal, mit Corpus- und Portiocarcinom je 1 mal. Nach den Beobachtungen, die Verf. an diesem Material machen konnte, bestand in fast allen diesen Fällen seit der Kindheit chronische Obstipation. Diese spielt nach Verf. die Hauptrolle bei der Entstehung der chronischen Appendicitis. Es treten dann entweder von Zeit zu Zeit Blinddarmreizungen auf, oder deutliche Appendicitisanfälle machen sich überhaupt nicht bemerkbar. Diese chronische Entzündung der Appendix ist nun nach Verf. die Ursache der oft jahrelang bestehenden Entzündungen der weiblichen Beckenorgane: Cystitis, Sigmoiditis, Endometritis, Metritis, Salpingo-Oophoritis etc., was daraus hervorgeht, daß diese Leiden, welche oft viele Jahre jeder Behandlung getrotzt hatten, nach Entfernung des kranken Wurmfortsatzes in kurzer Zeit heilen. Es scheint, daß bei Frauen die Appendicitis fast immer chronisch wird und selten wirklich zur Ausheilung kommt; bei vielen Frauen treten fast regelmäßig bei jeder Menstruation die Appendixschmerzen neu auf. Viele Fälle verlaufen als Appendicitis larvata, d. h. bei ihnen ist der typische Schmerzpunkt nicht deutlich nachweisbar. In allen Fällen ist durch die Jahre dauernden Beschwerden das Nervensystem geschädigt. An der Entzündung der Appendix ist auch fast stets das Typhlon beteiligt, ferner die rechtsseitigen Adnexe. Es ist also fast immer Typhlitis, Appendicitis, Salpingo-Oophoritis gleichzeitig vorhanden. Sigmoiditis und Appendicitis, meist beide vereint, sind nach Verf. die Ursachen der meisten chronischen Frauenleiden. Die Gonorrhoe spielt eine viel untergeordnetere Rolle. Dieselbe kann zu den schon vorhandenen Entzündungen hinzutreten, dieselben verschlimmern und zu Eitertuben führen. Ist sie allein vorhanden, so sind die Tuben vom uterinen Ende an erkrankt, während die Erkrankung vom Wurmfortsatze aus keulenförmige Formen mit besonderer Verdickung des Ostium tubae erzeugt. Besonders wichtig ist das fast regelmäßige Zusammentreffen von Ovarialerkrankungen mit Appendicitis chronica. Jede hartnäckige Oophoritis ist auf Appendicitis verdächtig. — Die Appendicitis kann sich auf verschiedenen Wegen auf die Uterusadnexe fortpflanzen: 1. durch die Lymphgefäße des retroperitonealen Gewebes, 2. durch die Lymphbahnen des Lig. appendiculo-ovaricum dextrum, 3. durch direkten Kontakt der entzündeten Appendix mit den Beckenorganen (sehr häufig), 4. durch freies Herabsickern des entzündeten, durch die Appendicitis bedingten Exsudats in das kleine Becken. Verf. fand dies Exsudat bei einer Anzahl von Operationen in größerer oder geringerer Menge direkt im Douglas.

Dr. **Grussendorf**, Chefarzt des deutschen Diakonissenhospitals Jerusalem: **Ueber Erfahrungen mit der Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Von 1904 bis 1912 wurden im ganzen von Verf. 40 Kinder unter 10 Jahren dem hohen Steinschnitt unterzogen. Abgesehen von zwei Mädchen waren es sämtlich Knaben. Von den Operierten wurden 21 primär genäht, 19 offen nachbehandelt. Bei den 21 Genähten hielt nur in 11 Fällen die Blasennaht vollständig. Von den übrigen 10 öffnete sich bei 7 im Verlauf der ersten Woche die genähte Wunde teilweise und es bildete sich eine Harnfistel aus, wodurch die Heilung um durchschnittlich 12 Tage verzögert wurde. Bei 3 Patienten wurde es, ehe sich noch eine Insuffizienz der Naht lokal bemerkbar machte, infolge lebensbedrohender Allgemeinerscheinungen nötig, am ersten resp. am zweiten Tage nach der Operation die Naht wieder aufzutrennen. Bei den 19 Patienten, die von vornherein offen nachbehandelt wurden, betrug die durchschnittliche Heilungsdauer 45 Tage; in 2 Fällen mußte die Blase durch Sekundärnaht geschlossen werden. Von den obenerwähnten 3 Patienten starben 2 unter den Erscheinungen der Urosepsis, der dritte wurde gerettet. Von den 19 offen Nachbehandelten starb nur ein 2 jähriges Kind, das bereits vor dem Eingriff das Bild einer schweren Urämie darbot, am 15. Tage nach der Operation. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die Blasennaht kontraindiziert: 1. bei Kindern, welche bei gutem Allgemeinbefinden einen höheren Grad von Blasenreizung erkennen lassen, die nicht in einigen Tagen bei Bettruhe und sachgemäßer Behandlung verschwindet; 2 bei Kindern, welche eine wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes zeigen, auch wenn Temperaturerhöhung und andere Zeichen einer pyelitischen Infektion fehlen; 3. bei Kindern, deren Blasenschleimhaut aus irgendeinem Grunde die zarte, elastische Beschaffenheit verloren hat, so daß die Tabaksbeutelnaht, welche nach Verf. als innerste Nahtschicht vor jeder anderen Naht den Vorzug verdient, einen wasserdichten Verschluß nicht mehr verbürgt. Alle diese Fälle sollten mehr offen nachbehandelt werden, wobei die Heberdrainage bei sorgfältiger Asepsis und häufigen antiseptischen Blasendurchspülungen nach der Operation die Heilung sehr befördert.

Dr. Frhr. **v. Werthern** (Heide i. H.): **Ueber Erfahrungen mit der Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Im Gegensatz zu G r u s s e n d o r f empfiehlt Verf. auf Grund der Erfahrungen, die er in Nordchina zu machen Gelegenheit hatte, nach Sectio alta wegen Blasenstein bei Knaben den Verschluß der Blase durch Naht. Er operierte 18 mal bei Knaben unter 15 Jahren, von denen die meisten unter 8 Jahren waren. Die 18 Kinder wurden sämtlich geheilt. Nur in zwei Fällen wurde offen behandelt, sonst wurde genäht. Die Blase wurde immer bei eröffneter Blase und nach der Blasennaht mit Borlösung und Wasserstoffsuperoxydlösung gespült, sowohl um

die Blase gründlich zu reinigen, wie um die Haltbarkeit der Blasennaht, einer doppelten, fortlaufenden, zu prüfen. Ferner wurde immer, und das sieht Verf. als wesentlich an, nach Entfernung des Steines eine kleine äußere Urethrotomie gemacht, indem von innen eine gebogene Kornzange gegen den Damm vorgedrängt wurde, um durch diese Oeffnung einen dicken Verweilkatheter in die Blase einführen zu können. Nur durch solch dicken Katheter ist eine ständige Entleerung der Blase auch bei Cystitis gewährleistet. Die kleine Urethrotomiewunde heilt nach Entfernung des Katheters in 8—14 Tagen anstandslos, selbst wenn er zur Beschleunigung der Heilung einer kleinen suprapubischen Urinfistel noch länger liegen bleiben mußte.

Dr. **R. Kotz** (München): **Zur Frage der Heilbarkeit der otogenen Meningitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von otogener eitriger Meningitis, in denen nach der Radikaloperation am Ohre Heilung eintrat. In allen 3 Fällen handelte es sich um chronische Mittelohreiterung mit Cholesteatombildung, die lange Zeit bestand, ohne irgendwelche bedrohlichen Symptome zu machen. Ein Fall war früher schon von anderer Seite operiert worden. Bei vollkommenem Wohlbefinden stellte sich in allen 3 Fällen ganz plötzlich ein äußerst schwerer Krankheitszustand ein. Es fanden sich Nackensteifigkeit, Kernigsches Symptom, heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Augenhintergrundsveränderungen, Symptome, die auf Meningitis hindeuteten. Die von seiten des Labyrinths bestehenden Symptome führten zu der Annahme, daß die Eiterung vom Mittelohr aus durch das Labyrinth gewandert war. In allen drei Fällen wurden bei der Operation makroskopisch wahrnehmbare Veränderungen am Labyrinth nachgewiesen. Die Lumbalpunktion wurde, wie dies in der Münchener Ohrenklinik immer geübt wird, erst nach der Operation ausgeführt; dann wird das therapeutische Handeln in keiner Weise durch den Ausfall der Lumbalpunktion beeinflußt. Das Lumbalpunktat war in allen drei Fällen eiterhaltig, aber bakterienfrei, und stand in 2 Fällen unter erhöhtem Druck. Nach der Operation verschwanden bei allen 3 Patienten die meningitischen Erscheinungen in kürzester Zeit und die Heilung ging glatt vonstatten. Diese Fälle zeigen, daß man, abgesehen von extrem schweren Meningitiden, in denen die Somnolenz, die völlige Nackenstarre und das hohe Fieber jeden Eingriff aussichtslos erscheinen lassen, in allen Fällen, auch wenn das klinische Bild unzweifelhaft eine Meningitis zeigt, durch operative Ausschaltung des primären Eiterherdes den Versuch zur Rettung des Kranken machen sollte, selbst wenn im Lumbalpunktat Eiter und Bakterien nachgewiesen werden. R. L.

Allgemeine Pathologie.

Dr. **Rudolf Oehler** (Frankfurt a. M.): **Zur Schädlichkeit des destillierten Wassers.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Ob destilliertes Wasser bei Aufnahme per os dem Menschen schädlich ist, über diese Frage wird noch gestritten. Ein Teil der Autoren leugnet dies; die Mehrzahl dagegen steht wohl auf dem Standpunkt, daß der Genuß von destilliertem resp. sehr salzarmem Wasser für den Magen und Darm schädlich ist. Hierher gehört auch die Schädlichkeit der Aufnahme von Schnee- und Gletscherwasser. Ob nun wirklich gerade der Verdauungskanal durch salzfreies Wasser geschädigt wird, oder ob andere Organe geschädigt werden, darüber fehlt es bisher an einwandfreien Untersuchungen. Verf. bringt zu dieser Frage Erfahrungen bei, die er im Tierexperiment gemacht hat. Er spritzte Mäusen 1—2 ccm destillierten Wassers mittels Sonde in den Magen; es trat dann ca. ½ Stunde nach der Einspritzung meist Hämoglobinurie bei den Tieren auf. Im übrigen ist der Urin meist klar, ohne Zylinder, ohne zellige Beimengungen. Gegen Ende des Anfalles, der selten länger als eine Stunde dauert, beobachtet man oft eine deutliche Grünfärbung des Urins, die von einem staubförmigen Sediment herrührt. Der rote wie auch der grüne Urin ist eiweißhaltig. Das Allgemeinbefinden der Tiere leidet nur wenig. Wiederholt man die Einspritzung von destilliertem Wasser in den Magen am nächsten Tage, so bleibt die Hämoglobinurie entweder ganz aus, oder sie ist schwächer als am Tage vorher, oder es zeigt sich nur jene sedimentäre Grünfärbung. Dagegen läßt sich bei den Mäusen, welche bei der zweiten Wassergabe eine Reaktion nicht zeigen, die Hämoglobinurie leicht hervorrufen, wenn man die Einspritzung subkutan oder intravenös macht. Und zwar entspricht die Wirkung von 0,2—0,5 ccm Aq. destill. intravenös etwa der von 0,5 bis 1 ccm subkutan oder 1,5—2 ccm in den Magen. Bei intravenöser Einspritzung tritt die Hämoglobinurie schon nach 5 Minuten ein. Wenn bei einer Wiederholung der Einspritzung in den Magen die Hämoglobinurie ausbleibt, kann die Ursache nur eine verlangsamte Resorption sein. Das destillierte Wasser macht bei den Mäusen offenbar neben der Blutstörung auch eine leichte Darmstörung, die sich durch verlangsamte Resorption kundgibt. Auch mit Wasser von geringem Salzgehalt, z. B. Brunnenwasser, kann man Hämoglobinurie erzielen, selbst noch mit 0,1 proz. wässeriger NaCl-Lösung. — Bei Kaninchen machen 20 ccm Aq. destill. intravenös eingespritzt noch keine Hämoglobinurie, dagegen 40 ccm eine sehr ausgesprochene; der Verlauf ist ganz wie bei der Maus, nur langsamer, über etwa 6 Stunden ausgedehnt. Vom Magen aus ließ sich beim Kaninchen keine Hämoglobinurie erzielen. Das Wasser wird zu lange im Magen gehalten; bei der Maus dagegen wird eingespritzte Flüssigkeit sogleich in den Darm getrieben. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiet der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **B. Credé** (Dresden): **Ueber ein neues subkutanes und intramuskuläres Abführmittel.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

Verf. ist es gelungen, in Verbindung mit Dr. K. Dieterich, aus den Sennesblättern ein neues Präparat herzustellen, welches alle wirksamen Substanzen der Sennesblätter enthält mit Ausschluß derjenigen, welche Nebenwirkungen hervorrufen. Das Präparat, **Sennatin** genannt, ist eine Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1,045—1,075; es gibt die für die Gruppe des Emodins und der Chrysophansäure charakteristischen Reaktionen. Es stellt eine dunkle, klare, haltbare, sterile Flüssigkeit dar von so dünnflüssiger Beschaffenheit, daß die subkutane und intramuskuläre Anwendung bequem und harmlos ist. Sennatin ist gänzlich ungiftig; von Dosen bis zu 5 g sah Verf. weder allgemeine unangenehme Wirkungen, noch Nierenreizungen. Sennatin regt die Darmtätigkeit in allen Fällen so stark an, daß kräftige Entleerungen von Darmgasen erfolgen und daß Stuhlgang durch Anregung des Dickdarms auch in den Fällen bewirkt wird, wo die mechanischen Hindernisse nicht zu bedeutend sind. Mitunter ist noch eine Glyzerinspritze oder ein Klysma nötig. Die Einzelgabe von Sennatin beträgt 1—3 g, die Normaldosis für Erwachsene 2 g. Zur subkutanen Injektion muß man eine recht lockere Hautstelle wählen und langsam injizieren, dann treten örtliche Reaktionen fast gar nicht auf. Die intramuskuläre Injektion zieht Verf. vor; sie wird in den äußeren Teil des Gesäßmuskels gemacht; dabei fällt jede Reaktion fast vollständig fort. Die Emodine und die Chrysophansäure der Sennesblätter lassen sich sehr bald im Urin nachweisen (etwa 1 Stunde nach der Einspritzung). Nach 5 Stunden ist die Emodinreaktion meist wieder verschwunden. In der Regel fühlt der Kranke die ersten peristaltischen Bewegungen 3—4 Stunden nach der Injektion; dann beginnen die Gase sich zu entleeren, und zwar oft in stürmischer Weise. Bei engem After muß mitunter ein Darmrohr eingelegt werden. 3—4 Stunden später wird es meist wieder ruhiger im Leib, zuweilen aber dauert die Wirkung 24 Stunden und länger an. Bei chronisch verstopften Menschen blieb oft die Darmtätigkeit, wenn sie einmal durch Sennatin angeregt war, für viele Tage in Gang. Sehr wirksam erwies sich Sennatin bei Darmlähmungen, bei Peritonitis und bei Ileus. — Von den sämtlichen mit Sennatin behandelten Patienten trat bei 40 pCt. Stuhlgang ohne jede Nachhilfe ein, bei 42 pCt. mit Hilfe von Glyzerin oder kleinen Klysmen. Indiziert ist Sennatin erstens bei habitueller Obstipation, zweitens bei akuten und subakuten Darmstörungen, bedingt durch Magen-Darmentzündungen, Peritonitis, Operationen. Bei Ileus und eingeklemmten Brüchen kann oft noch einige Stunden mit dem Eingriff gewartet werden, um erst die Wirkung einer Sennatineinspritzung zu versuchen. Endlich kann Sennatin prophylaktisch bei Bauchoperationen etc. angewendet werden. Die ersten Blähungen erfolgen dann etwa 8—10 Stunden früher als sonst; einer Darmlähmung wird vorgebeugt. (Sennatin wird in Flaschen von 10 g Inhalt zum Preise von 1 M. von der Chem. Fabrik Helfenberg vorm. E. Dieterich A.-G. in den Handel gebracht.)

Dr. **Engelen** (Düsseldorf): **Ueber die intramuskuläre Anwendung von Fulmargin.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 51.)

Verf. berichtet über therapeutische Versuche, die er mit Fulmargin, einer durch elektrische Zerstäubung dargestellten kolloidalen Silberlösung, angestellt hat. Das Fulmargin hat nach Verf. vor den auf chemischem Wege hergestellten Argentum colloidale-Präparaten folgende Vorzüge: absolute Reinheit, lange Haltbarkeit, völliges Fehlen von Nebenwirkungen, endlich die intramuskuläre Anwendbarkeit. Verf. wandte das Fulmargin zunächst in 12 Fällen von Erysipel an. Meist genügten zwei intramuskuläre Injektionen von je 5 ccm Fulmargin, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen gegeben. Diese beiden Injektionen führten gewöhnlich bei Erysipel Entfieberung herbei. Auch bei schweren Gelenkrheumatismen, bei Endokarditis zeigte sich Fulmargin wirksam. Nach Verf. erklärt sich die Wirkung des Fulmargins folgendermaßen: Infolge seines höheren Dispersitätsgrades (feineren Verteilung) hat es eine große katalytische Kraft und verleiht dem Organismus ein stärkeres oxydatives Zerstörungsvermögen den Bakterientoxinen gegenüber. R. L.

Dr. **Th. Rosenbaum** (Berlin): **Salinofer, eine salzhaltige Hautcreme, als Ersatz für Solbäder.** (Mediz. Klinik, 1913, No. 6.)

Salinofer (Soleträger, Salzträger) ist eine nach den Angaben des Verfassers von der Chemischen Fabrik M. Hellwig (Berlin) hergestellte Hautcreme von 15 proz. Kochsalzgehalt, welche dazu dienen soll, lokale Solbäder durch Inunktionen zu ersetzen. Die Einreibungen können in gleicher Weise erfolgen, wie sie etwa mit der grauen Salbe bei Sehnenscheiden- und Schleimbeutelentzündungen ausgeführt werden. Der Unterschied würde nur darin bestehen, daß das leicht resorbierbare Salinofer auch mehrmals täglich an derselben Stelle verrieben werden kann, ohne daß die Aufnahmefähigkeit der Haut darunter leidet.

Verfasser hat das Salinofer hauptsächlich bei rheumatischen und neuralgischen Erkrankungen versucht. Obwohl er das Präparat in der Regel zweimal täglich mehrere Minuten verreiben ließ, hat er unangenehme Nebenwirkungen, insbesondere störende Hautreaktionen, niemals beobachtet. Dagegen war die Wirkung meist deutlicher und prompter, als sie sich nach Solbädern einzustellen pflegt. Es läßt sich dieses einmal durch die häufigere Applikation des Kochsalzes erklären, außerdem aber auch durch die Tatsache, daß die Poren der Haut wohl besser durch Inunktion als durch Bäder durchdrungen werden. Gute Resultate sah Verfasser namentlich bei Muskelrheumatismus, bei akutem und chronischem Rheumatismus der großen Gelenke (Schulter, Ellbogen und Knie) und auch bei verschiedenen Formen der Neuralgie (Neuralgia brachialis, Neuralgia intercostalis, Neuralgia ilio-lumbalis und Ischias anterior). Undeutlich war die Wirkung in einem Falle von Ischias posterior und in zwei Fällen von Occipitalneuralgie.

Da das Salinofer, abgesehen von seiner bequemen Anwendungsweise, auch den Vorzug der Billigkeit hat — eine Büchse zu 60 g kostet 60 Pfg. —, so ist es ebensowohl für die große Praxis als auch für den Gebrauch in Krankenhäusern geeignet. R.

Dr. **W. Wiljamowsky**: **Therapeutische Bedeutung des Asferrol Gehe** [kombinierte Behandlung mit Arsenik und Eisen]. (Prakt. Wratsch, 1912, No. 51.)

Indikationen zur Anwendung von Arsen sind Appetitmangel, Blutarmut, Malaria, Leukämie, Pseudoleukämie, Bantische Krankheit, gewisse Hautkrankheiten, Nervenkrankheiten und mangelhafte Ernährung, wobei eine Arsenikkur unter Umständen mehrmals im Jahre zu wiederholen ist. — Daß dem Organismus regelmäßig Eisen zugeführt werden muß, folgt schon daraus, daß Eisen ein normaler Bestandteil des Blutes und der menschlichen Gewebe ist und ein bestimmter Bruchteil davon täglich mit den Ausscheidungen verloren geht. Unter physiologischen Bedingungen reicht das in der Nahrung enthaltene Eisenquantum zum Ersatz dieser Verluste aus, nicht aber bei Zuständen von Chlorose und anderen Formen von Blutverschlechterung. Im großen und ganzen decken sich die Indikationen der therapeutischen Eisenzuführung mit den für Arsen genannten. — Ein weiteres normales Element des Organismus, der Phosphor, steht chemisch, pharmakologisch und therapeutisch dem Arsen sehr nahe; es ist im Lecithin, dem Nuklein und der Glyzerinphosphorsäure, sowie als phosphorsaurer Kalk in den Knochen enthalten; seine Verwendung zu medikamentösen Zwecken, z. B. bei Rachitis, Osteomalacie, Erschöpfungszuständen des Nervensystems usw., ist daher erklärlich. Nach dem Auseinandergesetzten ist es auch klar, daß ein chemischer Stoff, der in geeigneten Verbindungen gleichzeitig die genannten drei Elemente enthält, ein weites Gebiet therapeutischer Verwendung haben muß. Ein derartiges Medikament ist das von der Firma Gehe & Co. hergestellte Asferrol, eine Arsentriferrinmixtur. Das von Prof Salkowski (Berlin) dargestellte Arsentriferrin, ein orangefarbenes Pulver, ist eine organische eisenhaltige Arsenik-Paranukleinsäureverbindung, die sich durch leichte Resorbierbarkeit auszeichnet. Seiner chemischen Zusammensetzung zufolge enthält das Arsentriferrin 16 pCt. Eisen, 0,1 pCt. Arsen und 2,5 pCt. Phosphor. Von Asferrol (in Deutschland als Arsen-Triferrol bezeichnet) wird Erwachsenen 2—3 mal täglich je ein Eßlöffel nach der Mahlzeit verordnet. Verf. hat die Mixtur bei einer größeren Zahl von Kranken versucht, und zwar mit durchweg zufriedenstellendem Ergebnis, das durch die Hämoglobinbestimmung nach Talqvist kontrolliert wurde. Die mit Asferrol behandelten Kranken litten an Bothryocephalus-Anämie, Chlorose mit Amenorrhoe, Anämie infolge von Infektionskrankheiten, wie Malaria, Dysenterie, Typhus, an Lungenspitzenaffektion, Neurasthenie und Neurosen, Erschöpfungszuständen nach operativen Eingriffen usw. Bei keinem Patienten war die Verabreichung des Mittels von unerwünschten Nebenwirkungen begleitet, dagegen rühmten viele den guten Geschmack der Mixtur und die Hebung ihres Appetits bei Gebrauch derselben. Im allgemeinen betrug die Behandlungsdauer 4 Wochen; die Hämoglobinvermehrung schwankte zwischen 20 und 50 pCt.; im Durchschnitt stellte sie sich auf 35 pCt. L.

Adolf Eisenheimer (Cöln): **Uzara, ein neues Antidiarrhoicum.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Wie Verf. berichtet, wurde neuerdings Uzara im israelitischen Asyl in Cöln bei allen Arten von Durchfall gegeben, mit fast durchweg guten Erfolgen. Auch bei Typhusdiarrhöen und schweren Durchfällen nach Speisevergiftungen (Vanille, Hackfleisch) wurde das Mittel versucht, und zwar auch in diesen Fällen mit guter Wirkung. Meist wurde Liquor Uzara, die 2 proz. Lösung, angewendet, zweistündlich (auch nachts) 20—30 Tropfen, oder stündlich 2 Tabletten; kleine Kinder bekamen die im Handel befindlichen Suppositorien, 3—4 stündlich ein Zäpfchen, je nach dem Alter. Geringe Gaben (3 mal tägl. 30 Tropfen) genügten in leichten Fällen; bei den schweren Diarrhöen wurden stets größe Dosen gegeben und niemals irgendwie schädliche Nebenwirkungen beobachtet. Nach 8- bis 10 maliger Verabreichung von 30 Tropfen schwanden gewöhnlich schon die Tenesmen, wenngleich noch häufig Stuhl vorhanden war; am 4. bis 5. Tage hörten die diarrhoischen Entleerungen auf und der Stuhl wurde breiig und fest. Nur bei Diarrhöen auf Grund von Darmtuberkulose erwies Uzara sich als wirkungslos. R. L.

Privatdozent Dr. **Rudolf Krefting** (Kristiania): **Ist Neosalvarsan ein ebenso gutes Antisyphiliticum wie Salvarsan?** (Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 45.)

Das Neosalvarsan soll besser vertragen werden und die Wirkung mindestens ebenso gut sein, wie die des Salvarsans. Verf. ist während der kurzen Zeit, in der er das Mittel benutzt hat, der begründete Verdacht gekommen, daß „914“ sich mit „606“ nicht messen kann. Daß das Mittel auf die klinischen Symptome, auf eine Primärsklerose, ein Gumma usw., eine Wirkung ausübt, die der des Salvarsans in nichts nachzustehen scheint, davon hat Verf. verschiedene Beispiele gesehen, aber, fragt er, wie wirkt es bei abortiver Syphilisbehandlung? Verf. hat jetzt im Verlauf von zwei Jahren 35 Fälle primärer Syphilis (Spirochaete +) des Stadiums, wo Wassermann noch negativ war, mit drei Salvarsaninjektionen behandelt (0,5—0,6 bei Männern, 0,4 bei Frauen), und zwar mit einer Zwischenzeit von 14 Tagen bis 3 Wochen. Bei keinem von diesen haben sich sekundäre Symptome gemeldet und die Wassermannsche Reaktion hielt sich die ganze Zeit über negativ. Ueberdies waren zwei dieser Fälle reinfiziert. Es scheint völlige Einigkeit über die abortive Wirkung des Salvarsans während dieser Periode der Krankheit zu herrschen. Nun lag es nahe, in ähnlichen Fällen primärer Syphilis, während die Wassermannsche Reaktion noch negativ war, Neosalvarsan zu versuchen. Verf. hat während der letzten Monate 5 solcher Fälle mit 3 intravenösen Neosalvarsaninjektionen behandelt; hiervon erhielten 4 Männer 0,75 (= 0,5 Salvarsan) und eine Frau 0,6 (= 0,4 Salvarsan). Die Injektionen wurden mit 14 tägigen Zwischenräumen verabreicht. Bei 3 Männern hielt sich die Wassermannsche Reaktion während der Behandlung negativ, aber der vierte Mann bereitete Verf. in bezug auf Wassermannsche Reaktion eine Enttäuschung. Auch bei einer Frau, die in derselben Weise behandelt wurde, machte sich das gleiche Verhältnis bemerkbar: In diesen beiden Fällen hat die Neosalvarsanbehandlung nicht vermocht, die Wassermannsche Reaktion zu verhindern, positiv zu werden. Keiner der Behandelten hat sekundäre Symptome gezeigt. Trotzdem es verfrüht wäre, auf Grund dieser Erfahrungen endgültig über die Wirkungen des Neosalvarsans als Antisyphiliticum zu urteilen, sieht Verf. sich hiernach doch nicht berechtigt, es bei abortiver Behandlung anzuwenden. In 4 Fällen primärer Syphilis, die in Behandlung kamen, während die Wassermannsche Reaktion schwach positiv war, zeigte sich die Wirkung auf die Reaktion so, wie Verf. es bei Salvarsanbehandlung zu sehen pflegt. Bei einigen Fällen sekundärer Syphilis, die Verf. ebenfalls ausschließlich mit Neosalvarsan behandelte, ist er mit der klinischen Wirkung zufrieden gewesen, doch scheint in diesen Fällen die Wirkung auf die Wassermannsche Reaktion zurückzustehen im Vergleich mit der Wirkung, die Verfasser bei Salvarsanbehandlung sekundärer Fälle zu beobachten gewohnt ist. Kr.

Dr. **Emanuel Freund** (Triest): **Ueber Abortivkuren mit Salvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Verf. berichtet über 17 Fälle von frischer Syphilis, in denen er Abortivkuren versuchte. Die Behandlung bestand bei den ersten Fällen in einer intravenösen Salvarsaninjektion (0,4—0,5 g), dann in einer 3—4 Wochen dauernden Merkurialkur (Asurol, Hydrargyr. salicylic. oder Kalomel), einige Male auch Exzision der Sklerose, zum Schluß intramuskuläre Salvarsaninjektion 0,5 g. In letzter Zeit wurden 3—4 intravenöse Salvarsaninjektionen, kombiniert mit Hg, vorgenommen. Verf. ist der Ansicht, daß diese Abortivkuren (mit Ausnahme von 3) gelungen sind. Bei der Hälfte der Fälle sind bereits 1½ Jahre vergangen, ohne daß sich weitere Symptome der Syphilis gezeigt haben; auch die Wa.-R. blieb negativ. R. L.

Dr. med. **E. Burchard** (Berlin): **Ueber Erfahrungen mit Ervasincalcium in der Praxis.** (Archiv f. Stadthygiene, 1912, No. 12.)

Obwohl die Acetylsalicylsäure bis heute ihre Bedeutung als brauchbares Medikament behalten hat, haben sich im Laufe der Zeit doch mancherlei Umstände herausgestellt, die einen vollwertigen Ersatz für sie wünschenswert erscheinen ließen. Einmal stellten sich bei einzelnen Patienten Nebenwirkungen ein, die sich je nach der individuellen Disposition in Störungen der Herz- und Verdauungstätigkeit, bisweilen auch in allgemein nervösen Alterationen äußerten, und dann wurde bei längerdauernden Erkrankungen und fortgesetztem Gebrauche des Mittels eine solche Steigerung der Dosis erforderlich, daß der Arzt schließlich in vielen Fällen vor der Alternative stand, auf die Wirksamkeit des Präparates zu verzichten oder bis zu Gaben anzusteigen, die auf alle Fälle bedenklich erscheinen mußten. Als ein für solche Fälle geeignetes Präparat erachtet Verf. das bereits von autoritativster Seite empfohlene Ervasincalcium (Goedecke & Co. [Berlin]), das er in Tabletten von 0,5 g und in Lösungen verwendete. Verfasser betont besonders zwei Vorzüge des Ervasins: erstens seine verblüffend rasche, nachhaltige, und zweitens seine überaus angenehme Wirkung. Die erste ist wohl auf seine günstigen Löslichkeits- und Resorptionsverhältnisse und die eminent baktericide Wirkung seiner chemischen Komponenten, die letztere auf seine rasche Ausscheidung zurückzuführen, welche auf der durch das Mittel begünstigten Diurese beruht. Die Wirkung trat durchweg schnell ein: am zweiten Tage meist schon völlige Entfieberung und Nachlassen der subjektiven Beschwerden, am dritten, spätestens vierten, völlige Wiederherstellung ohne jedes Entkräftigungs- oder Ermattungsgefühl. Hinsichtlich der Form der Anwendung empfiehlt Verf. eine möglichst baldige Darreichung und, wenn diese möglich ist, eine recht große Gabe, natürlich unter Berücksichtigung des Alters und der Körperkonstitution. K.

Dr. **W. Nieveling** (Lippspringe): **Ueber die Behandlung des Fiebers Tuberkulöser, insbesondere mit Hydropyrin-Grifa.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Bei der Behandlung fiebernder Tuberkulöser ist nach Verf. in erster Linie strengste Bettruhe indiziert. In leichteren Fällen sinkt dadurch allein die Temperatur zur Norm. In anderen Fällen ereicht man die Entfieberung durch Bettruhe vereint mit hydriatischen Brustpackungen. In einem Teil der Fälle versagt diese Behandlung; hier ist man genötigt, von Arzneimitteln Gebrauch zu machen. Ein brauchbares Antipyreticum ist das Pyramidon, in der Dosis 0.3 vor dem erwarteten Fieberanstieg gegeben. Es drückt die Temperatur bis um 1° herunter, erzeugt aber meistens sehr profuse Schweiße. Ferner hat Verf. früher oft mit Erfolg sich der Tenkate-Hoedemakerschen Pillen bedient: Acid. arsenicos. 0,01, Natr. salicylic. 10, Amyl. q. s. ut fiant ope aquae destill. pilulae No. 100. Verf. ersetzte nun, durch gute Erfahrungen mit Hydropyrin-Grifa veranlaßt, in obigen Pillen das Natr. salicylic. durch Hydropyrin-Grifa, bekanntlich das wasserlösliche Lithiumsalz der Acetylsalicylsäure. Auch den Arsengehalt erhöhte er, so daß sich folgendes Rezept ergab:

Acid. arsenicos. . . . 0,03
Hydropyrin-Grifa . . . 10
Massa pilul. q. s. ut fiant pilulae No. 100.

Von diesen Pillen läßt Verf. 3 mal täglich 3—4 Stück nach den Mahlzeiten einnehmen. Bei starkem Hustenreiz und erschwerter Expektoration setzt er zu den 100 Pillen noch 5 g Pulvis Doweri zu. Nach Bedarf lassen sich auch andere Zusätze machen, z. B. Chinin. ferro-citric. 5, Morphin. muriatic. 0,3 usw., je nach den Symptomen. Diese Pillen wurden in allen Fällen ausgezeichnet vertragen, verursachten nie einen Schweißausbruch, kein Ohrensausen, keine Erytheme. Der Patient nimmt immer 3—4 Pillen innerhalb 1—1½ Stunden ein. In 12 Fällen erzielte Verf. mit diesen Pillen Entfieberung, wozu durchschnittlich 250 Pillen erforderlich waren. Es tritt keine plötzliche Entfieberung auf, sondern die Entfieberung erfolgt ganz allmählich.

Dr. **Alfred C. Croftan** (Chicago): **Die Salzsäurebehandlung der perniciösen Anämie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Verf. hat seit einigen Jahren die Behandlung der perniciösen Anämie mit Salzsäure versucht und in einem Teil der Fälle Heilerfolge erzielt. Nur solche Fälle von perniciöser Anämie reagieren günstig auf die Salzsäuretherapie, bei welchen Achylie oder hochgradige Hypochlorhydrie besteht. In der Anamnese dieser Fälle findet man durchweg Verdauungsstörungen, lange bevor die Anämie auftritt, so daß vielleicht den Magenstörungen eine kausale Rolle zukommt. In diesen Fällen wird durch größere Mengen Salzsäure der Ernährungszustand und dadurch die Widerstandskraft der Patienten gehoben. Besonders auffallend ist das rasche Verschwinden lästiger, durch die üblichen Mittel schwer zu beseitigender Diarrhöen. Die Patienten erhalten 6 mal täglich 15 Tropfen starker (?) Salzsäure in etwas Himbeersaft oder Muc. Acaciae, und zwar jedesmal 15 und 30 Minuten nach den drei Hauptmahlzeiten. Beschwerden wurden davon nicht empfunden, weder im Rachen noch im Magen. Daneben wird eine stark eiweißhaltige Diät gegeben, viel Fleisch, Geflügel, Fisch, Eier, Milch und Milchsuppen, Weichkäse, weichgekochtes und gut zerkleinertes Gemüse, Brot, Zwieback usw. Frisches Obst, rohe Gemüse werden nicht gereicht; Fett in jeder Form nur spärlich. Während des Essens wird wenig Flüssigkeit gegeben, überhaupt die gesamte Flüssigkeitszufuhr etwas eingeschränkt. Außerdem 2 mal tägl. etwa 50 ccm roher Fleischsaft zusammen mit einem Cracker, aber ohne HCl. Im ganzen hat Verf. bei 14 Fällen mit dieser Therapie Heilung erzielt; in einem Teil der Fälle ist die Zeit noch zu kurz, um ein endgültiges Urteil zu gestatten; aber in einigen Fällen dauert die Heilung schon 2—3 Jahre an. R. L.

Physikalische Therapie.

Prof. Dr. **Gustav Singer** (Wien): **Durstkuren bei chronischen Bronchialerkrankungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Verf. versuchte, bei gewissen Affektionen des Respirationstraktus, die mit vermehrter Expektoration verbunden sind, nämlich bei Bronchiektasien, Bronchoblennorrhoe, putrider Bronchitis, auch Bronchialasthma und Lungenabsceß eine Verminderung des Sekrets durch Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, also durch eine Trockenkur, zu erreichen. Im übrigen suchte Verf., um den Patienten diese Kur erträglich zu machen, die Kost reichhaltig und vielseitig zu gestalten. Das Verfahren war ungefähr folgendes: Der Kranke beginnt mit 1—3 Dursttagen, an welchen er insgesamt 400—200 ccm Flüssigkeit erhält, auf Wasser, Milch, Suppe verteilt. In der Regel wurden 200—300 g Weißwein, auf den Tag verteilt, gereicht, bei starkem Durst Zitronenscheiben oder 1—2 Orangen. Der dritte oder vierte Tag ist dann ein Trinktag, an dem 1200—2000 ccm Flüssigkeit geboten werden. Die ganze Kur dauert gewöhnlich 4—6 Wochen. Die Harnmenge geht anfangs herunter, erreicht aber bald das mittlere Niveau von etwa 600 g pro die und steigt bei Aufhören der Kur rasch wieder an. Das Körpergewicht sinkt nur zu Anfang etwas, steigt aber im Verlauf der Kur wieder. Kontraindiziert ist diese Kur bei sehr geschwächten Kranken, ferner bei Nierenerkrankungen und bei Verdacht auf Tuberkulose. Verf. teilt einige Fälle mit, aus denen die gute Wirkung dieser Durstkur auf die genannten Bronchialerkrankungen, sowie bei einem Falle von postpneumonischem Lungenabsceß, ersichtlich ist. Es geht daraus hervor, daß die Einschaltung von Trockentagen ein sehr mächtiges Agens darstellt, um bei Erkrankungen mit vermehrter Expektoration dieses sehr lästige Symptom zu bekämpfen. Die Einwirkung ist keineswegs flüchtig, sondern sie führt, systematisch durch längere Zeit gehandhabt, zu einer Dauerwirkung, und zwar auch bei Affektionen, bei denen die vermehrte eitrige und putride Bronchialsekretion durch anatomische Veränderungen, Ausweitungen im Bronchialbaum etc., bedingt ist. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Vorstellung eines Falles von lumbaler Ureterfistel nach Blasenexstirpation wegen Tuberkulose.

Herr **Casper**: Der früher schon einmal demonstrierte Patient, bei dem der eine Ureter in die Haut implantiert ist, befindet sich in leidlichem Zustande; die bisher als unvermeidlich angesehene Infektion der Niere ist nicht eingetreten.

Tagesordnung:

Zur Aetiologie der Gefäßerkrankungen beim Diabetes.

Herr **E. Aron**: Beim Diabetes mellitus treten auffallend oft arteriosklerotische Gefäßveränderungen auf, nach Grube in 37 pCt., nach v. Noorden in 40 pCt. der Fälle. Man hat bisher keine befriedigende Erklärung für die Häufigkeit dieser Komplikation gefunden. Vortr. gibt hierfür folgende Erklärung: Eine der häufigsten Ursachen der Arteriosklerose ist bekanntlich zu reichliche Ernährung, wodurch es zu einer Ueberfüllung der Arterien kommt. Wird diese überreiche Ernährung lange fortgesetzt, so werden die Arterien geschädigt; sie werden arteriosklerotisch. Auch beim Diabetes wird meist stark gegessen und getrunken; deshalb kommt es auch beim Diabetes zu einer chronischen Ueberfüllung der Blutgefäße, welche geschädigt werden. Diese chronische Zufuhr großer fester und flüssiger Nahrung beim Diabetes ist in der gleichen Weise wie bei der Arteriosklerose als Ursache der häufigen Gefäßveränderungen bei jener Krankheit zu betrachten. Diese verhängnisvolle Komplikation der Zuckerkrankheit läßt sich oft durch eine frühzeitige Diagnose und rationelle Therapie des Diabetes verhüten. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Muskat** demonstriert ein **Röntgenogramm**, das von einem Diabetiker herrührt, dem wegen Gangrän die große Zehe abgenommen werden mußte. An den arteriellen Gefäßen des Fußes sind röntgenoskopisch Verkalkungen nachweisbar. Der Fall ist im Sinne des Vortragenden zu verwerten.

Herr **F. Hirschfeld**: Die große Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle nimmt gar nicht so große Flüssigkeitsmengen auf; eher ist das bei den juvenilen Formen der Fall. Auch die Gicht geht mit Stoffwechselstörungen einher, ohne daß diese zur Erklärung gleichzeitig auftretender Arteriosklerose herangezogen werden können. Nach H.s Untersuchungen läßt sich nichts Bestimmtes über den Blutdruck der Diabetiker aussagen; der Diabetes als solcher erhöht ihn jedenfalls nicht, eher erniedrigt er ihn. In geeigneten Fällen von Arteriosklerose bei Diabetes kann man einen Versuch mit Diuretin machen.

Herr **J. Israel**: Auf den Zusammenhang zwischen Diabetes und Arteriosklerose hat schon der ältere Roser aufmerksam gemacht. I. selbst hat in einer in den 80 er Jahren des vorigen Jahrhunderts erschienenen Arbeit betont, daß viele den Chirurgen zugehende Fälle von sog. diabetischer Gangrän eigentlich arteriosklerotische Nekrosen sind; in diesen Fällen wird zwar Zucker ausgeschieden, es besteht aber weder Durstgefühl noch vermehrte Flüssigkeitsaufnahme. Für diese Fälle trifft also der von Herrn Aron aufgestellte ätiologische Zusammenhang nicht zu.

Herr **Aron** betont im Schlußwort, daß er im Gegensatz zu den Herren Hirschfeld und Israel solche Fälle im Auge gehabt habe, bei denen der früh entstandene Diabetes vor der Arteriosklerose bestand und letztere sich in jüngeren Lebensjahren entwickelte, als dies sonst durchschnittlich der Fall ist.

Ueber die Bedeutung der Rinderbacillen für den Menschen.

Herr **Orth**: In der Lehre von der Tuberkulose gibt es noch viele ungeklärte Fragen, so z. B. über den Heilwert des Tuberkulin und über die Bedeutung der Rinderbacillen für den Menschen. Während Kirchner und Klemperer die Rindertuberkulose als eine für den Menschen ziemlich belanglose Sache betrachten, hat O. auf Grund seiner langjährigen Forschungen in dieser Frage einen wesentlich anderen Standpunkt gewonnen. Bei dem Studium dieser Frage versagt allerdings die Morphologie; die experimentelle Bakteriologie muß an ihre Stelle treten. Als sichergestellt kann heute das Vorkommen zweier verschiedenen Typen von Tuberkelbacillen gelten, die als Typus humanus und Typus bovinus bezeichnet werden. Sie unterscheiden sich wesentlich durch die Verschiedenheit ihres Wachstums auf künstlichen Nährböden sowie durch ihre Wirkung auf Kaninchen, indem der Typus humanus nur eine örtliche, der Typus bovinus eine schwere Allgemeinerkrankung hervorruft. Um die Bedeutung der beiden Typen für den Menschen festzustellen, muß man die Tuberkuloseerkrankungen der Kinder und der Erwachsenen gesondert betrachten. Nach umfangreichen statistischen Feststellungen mehrerer Forscher spielt die Lungentuberkulose bei den Tuberkulosen des Kindesalters eine geringe Rolle; bei den Erwachsenen ist es gerade umgekehrt. — Was nun den Krankheitserreger anlangt, so ist der Typus bovinus bei den Erkrankungen des Kindesalters ziemlich oft nachgewiesen; nach Vortr. in etwa 10 pCt. aller Fälle, die sich allerdings auf die einzelnen Formen der Tuberkulose sehr verschieden verteilen, indem nach Kossel bei Knochentuberkulose, Meningitis tuberculosa, generalisierter Tuberkulose, Tuberkulose der Halsdrüsen, Abdominaltuberkulose der Bovinus in 4,3 bezw. 10,7, 23,8, 40, 49 pCt. der Fälle nachweisbar war. In der Edinburger Statistik von Fraser überwiegt der Typus bovinus geradezu; war in der Familie der betreffenden Kinder Tuberkulose vorhanden, so fand er den Typus humanus in 71 pCt., den Typus bovinus in 29 pCt. der Fälle; war keine sonstige Tuberkulose in der Familie vorhanden, so fand sich der Typus humanus in 17 pCt., der Typus bovinus in 83 pCt. der Fälle. Bei den Tuberkulosefällen der Säuglinge fand sich der Bovinus in 27 pCt. der kranken Brustkinder, in 86 pCt. der mit Kuhmilch ernährten. Aehnliche Befunde wurden an dem Babies Hospital in New York erhoben. — Es ist nun so gut wie unmöglich, im Einzelfalle festzustellen, ob eine tuberkulöse Infektion auf den Genuß von Fleisch oder Milch zurückzuführen ist, ob es sich um eine Infektion mit dem Bacillus humanus oder bovinus handelt. Die Angabe Neufelds, daß unter 131 im kaiserlichen Gesundheitsamte untersuchten Kindern, die Milch von Kühen mit Eutertuberkulose tranken, bei keinem Bovinusbacillen nachgewiesen wurden, beweist nichts, da immerhin 11 der Kinder Krankheitserscheinungen aufwiesen, die möglicherweise durch Perlsuchtbacillen bedingt sein konnten, und da über das weitere Schicksal dieser Kinder nichts bekannt ist. Angesichts der Erfahrung, daß von allen in den Organismus gelangenden pathogenen Mikroorganismen nur ein kleiner Bruchteil wirklich die betreffende Infektionskrankheit hervorruft, darf man die Bedeutung jenes Befundes nicht durch den Hinweis auf die Kleinheit der Zahl abschwächen. Darum beweist auch der Selbstversuch von F. Klemperer nichts, der sich, ohne krank zu werden, Bovinusbacillen einspritzte. Für die Tatsache der Infektionsmöglichkeit durch die Milch perlsüchtiger Kühe spricht auch die Tatsache, daß die meisten bovinen Fälle in der Zeit vorwiegender Milchaufnahme, in den ersten fünf Lebensjahren, auftreten. Dem entsprechen die statistischen Ermittelungen, die in Edinburgh von Fraser und in New York am Babies Hospital gewonnen wurden.

Auf Grund der nicht wegzuleugnenden Tatsache, daß bei einer größeren Zahl tuberkulös erkrankter Kinder nur der Rindertuberkulosebacillus gefunden wird, wird man den Glauben an dessen Harmlosigkeit aufgeben müssen. Daß in den betreffenden Fällen mit der Milch die Krankheit übertragen wird, lehren die Erfahrungen an mit Kuhmilch ernährten Kindern, die teilweise an der bovinen Abdominaltuberkulose sogar gestorben sind. Die Anschauung von der Gefährlichkeit der Rinderbacillen für den Menschen vertrat der Reichsgesundheitsrat schon 1905, und das British Department Committee on Tuberculosis hat noch vor wenigen Monaten ausgesprochen; es sei jetzt allgemein anerkannt, daß sowohl der menschliche wie der Rindertypus der Tuberkelbacillen im menschlichen Organismus Tuberkulose erzeugen können. Auf denselben Standpunkt gelangte der internationale Tuberkulosekongreß in Rom (1912). Auch Weber vom kaiserlichen Gesundheitsamt erkannte neuerdings die Gefährlichkeit der Rinderbacillen an. — Es ist die weitere Frage zu erörtern, ob es Uebergangsformen zwischen dem Typus bovinus und dem Typus humanus des Tuberkelbacillus gibt, eine Frage, die sehr verschieden beantwortet wird. Für die Existenz von Uebergangsformen spricht die allgemeine Tatsache von der Variabilität und Mutationsfähigkeit der Bakterien, wobei man im vorliegenden Falle den Rinderbacillus als die Stammform zu betrachten hätte; gegen sie die Tatsache, daß beim erkrankten Einzelindividuum entweder nur einer der beiden Typen vorkommt, oder, wenn eine Mischinfektion mit beiden vorliegt, nicht gleichzeitig Uebergangsformen nachzuweisen sind. Hierher gehören die neuen Versuche von Eber, der Kälber vom Menschen aus infiziert hat. Unter 17 Fällen von Kindern erzeugten 6 sofort, 3 nach ein- oder mehrmaliger Rinderpassage beim Kalbe eine schwere Infektion; unter 14 Fällen Erwachsener waren die entsprechenden Zahlen 1 und 4. Daraus ginge hervor, daß nicht nur das Rind für den Menschen, sondern auch der Mensch für das Rind eine Gefahr sein kann.

Auch indirekt kommt den Rinderbacillen noch eine Bedeutung für den Menschen zu, nämlich bei der Erörterung der Frage nach der Möglichkeit wiederholter Infektion. Es gibt zwar eine gewisse erworbene Immunität gegen Tuberkulose, aber sie ist nur relativ, so daß sowohl eine „endogene" Reinfektion der Nachbarschaft sowie entfernterer Organe aus einem alten Herd entstehen, wie auch von außen her eine neue, also „exogene" Reinfektion erfolgen kann. Auch zur Reinfektion genügen dabei nur geringe Mengen infektiösen Materials. Die Lungenschwindsucht der Erwachsenen ist meist das Ergebnis einer exogenen, sei es erstmaligen Infektion, sei es Reinfektion. Nun lehren Tierversuche, speziell an Meerschweinchen und Kaninchen, daß durch eine erste überstandene Infektion die Wirkung einer späteren Infektion, sei es mit dem gleichen, sei es mit einem anderen Tuberkelbacillentypus, nicht abgeschwächt, sondern im Gegenteil verstärkt wird. Da nun etwa 10 pCt. aller Jugendinfektionen auf den Rinderbacillus zurückzuführen sind, so ergibt sich, daß letzterer nicht nur hinsichtlich seiner direkten, sondern auch seiner entfernteren Wirkung in der menschlichen Pathologie eine erhebliche Bedeutung besitzt.

Es darf somit der Kampf gegen die Rinderbacillen keineswegs vernachlässigt werden, wenn auch der Hauptkampf den menschlichen Bacillen gilt. Der Kampf gegen die Perlsuchtbacillen darf nicht allein den Veterinären und Viehzüchtern überlassen bleiben, er muß auch von den Aerzten aufgenommen werden, und zwar in dem Sinne, daß prophylaktische Maßregeln gegen die Infektion mit Rinderbacillen getroffen werden.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 3. März 1913.

Vorsitzender: Herr Fürbringer.

Vor der Tagesordnung:

Zur Genese des Ulcus ventriculi.

Herr **Bönniger**: Seit langem ist bekannt, daß bei spastischen Kontraktionen Blutungen ins Gewebe auftreten. Diese Stellen selbst können verdaut werden und es kommt zu Erosionen und auch zum Ulcus. Vortr. demonstriert das Präparat eines Falles von perniciöser Anämie, bei dem keine Selbstverdauung eintrat. Es ist ein Sanduhrmagen, durch Kontraktion des Magens hervorgerufen. Auf der Höhe der Schleimhautfalte finden sich die Blutextravasate. Sie machen es verständlich, daß, wenn ein verdauender Magensaft da ist, diese Stellen angedaut werden. Die These v. Bergmanns ist zwar wertvoll, aber nicht jedes Ulcus ist auf eine solche krankhafte Kontraktion der Muskulatur zurückzuführen.

Eine neue Methode der direkten Kehlkopfuntersuchung.

Herr **Katzenstein** wollte rein klinisch die Verhältnisse der Atmung und der Lähmung an den Stimmlippen und ihrer Nachbarschaft studieren. Er führte zunächst ein gerades Rohr in den Larynx ein, aber die Untersuchung der Stimmlippen, des Kehlkopfes, des Oesophagus und der Bronchien mit Hilfe eines geraden Rohres ist sehr schwierig. Vortr. hat daher nach dem Beispiele älterer Autoren eine krumme Röhre genommen; sie wird wie eine Sonde in den Kehlkopf eingeführt und dann wird der Führer herausgenommen. Nun ist es ein gerades fixes Rohr, das außen befestigt werden kann, z. B. durch Haken und Ketten sich feststellen läßt. Zu diesem Zwecke benutzt er den Whiteheadschen Mundsperrer. Er versieht ihn mit einem Spatel und führt ihn in den Mund ein. Dann öffnet er ihn und führt ein Rohr mit Mandrin unter Leitung des Kehlkopfspiegels in den Larynx ein. Mit einer Schraube wird das Instrument an dem Mundsperrer befestigt; ebenso läßt sich eine Tracheo- oder Bronchoskopie anschließen.

Tagesordnung:
Diskussion über den Vortrag des Herrn Tachau: „Untersuchungen über den Zuckergehalt des Blutes und deren klinische Bedeutung."

Herr **K. Reicher** hat mit Stein zusammen ähnliche Untersuchungen ausgeführt; es wurden aber die Gesamtkohlehydrate bestimmt und zugleich Gasanalysen ausgeführt; das geschah zuerst in kurzen Intervallen. Auch die Kohlehydrate sind wichtig. Die Zuckerreduktionsmethoden stimmen in ihren Ergebnissen nicht überein. Das deutet nach Bang darauf hin, daß wir nicht bloß die Kohlehydrate bestimmen, sondern auch andere Körper erfassen. Vortr. nimmt die Gesamtkohlehydrate. Denn Lépine zeigte, daß man andere Werte im Serum bekommt, je nachdem man natives oder vorher erwärmtes Serum benutzt. Der erst gewonnene Zucker ist der Sucre immédiat, der nach dem Kochen der Sucre virtuel. Vortr. bestimmte mit der Kohlehydratanalyse zugleich beide Zuckermengen. Bei gleichzeitiger Gasanalyse findet man, daß beide Körper parallel gehen. Es sind eben nicht bloße Schlacken im Stoffwechsel. Im nüchternen Blut des normalen Menschen bekommt man höhere Werte. Bei Zufuhr von 100 g Kohlehydrate steigt der Wert nach einer Stunde und fällt dann unter den Ausgangspunkt. Der Gasquotient CO_2: O wird größer; nach einer Stunde erreicht der Zähler (CO_2) den Höchstwert und erleidet alsdann den Abfall. Schon bei niedrigerer Konzentration ist eine Verbrennung des Zuckers im Blute deutlich zu erkennen.

Die Gaskurve zeigt einen Unterschied zwischen normalem und diabetischem Menschen. Der nüchterne Gesunde hat 0,2 bis 0,25. Die Kurve steigt nun bei leichtem Diabetes langsam an, steigt aber nach Zufuhr von 100 g Kohlehydraten höher hinauf; bei starkem Diabetes steigt die Kurve nicht so sehr an. Der Kranke braucht eben zur Verbrennung einen stärkeren Anreiz als der normale Mensch. Bei sehr schwerem Diabetes steigt die Kurve überhaupt nicht. Hier erscheint der ganze Zucker im Urin wieder.

Bei der von Vortr. benutzen Methode einer kolorimetrischen Bestimmung bildet sich Oxymethylfurfurol, $C_5H_4O_2$; sie beruht auf der Einwirkung von Schwefelsäure durch Wasserentziehung. Nun wird hierbei auch Glykuronsäure nachgewiesen; es sind aber Mengen, die so gering sind — Zahlen in der 5. Dezimalstelle —, daß sie ruhig vernachlässigt werden können. Es sind aber keine Pentosen darunter, denn die Kohlehydrate lassen sich vergären.

Die Furfurolmethode der Blutzuckerbestimmung weist Fälle nach, die man sonst nicht nachweisen kann, z. B. hartnäckige Ischias, multiple Furunkulose, Alveolarpyorrhoe, die man sonst gar nicht heilen kann. Die Blutuntersuchung klärt diese Fälle auf und eine entsprechende Diät heilt sie. Mergentheimer Sprudel, Karlsbader Wasser und Aspirin erweisen sich nützlich. Auch zwei Sklerodermiefälle kamen zur Beobachtung, die zur Basedowgruppe gehören; außerdem bestand Bronzefärbung der Haut und im Blute diabetische Stoffwechselstörung. Vortr. nahm latenten Bronzediabetes an. Tatsächlich wurde im Urin des einen Kranken später Zucker gefunden.

Wertvoll erweist sich die Methode auch zur Kontrolle der Behandlung unserer Diabetesfälle. Gerade bei ihnen ist die Feststellung des Blutzuckergehaltes wichtiger als die des Urinzuckers. Der umgekehrte Fall ist für die Prognose nicht so bedeutungsvoll, daß Harnzucker, aber kein Blutzucker gefunden wird.

Was schließlich die Acidosis und das Koma anbelangt, so geht oft der Zuckergehalt des Urins erheblich herunter, dagegen steigert sich der Blutzuckergehalt auch nüchtern in erheblichem Maße. Ist Fett im Blut nachweisbar, so ist an beginnendes Koma zu denken, besonders, wenn Eiweiß im Urin vorhanden ist.

Was die Frage der Operabilität betrifft, so ist zu bedenken, daß in der Narkose der Blutzuckergehelt immer ansteigt, ebenso der Fettwert im Blute, besonders an Cholestearin-Ester und Lecithin; in der Narkose finden sich, auf einem anderen Wege entstehend, doch ähnliche Verhältnisse wie im Coma diabeticum. Schon bei halbschweren Kranken wird die Blutuntersuchung eine Störung durch die Narkose nachweisen, die der schon bestehenden Störung analog ist. Daher besteht hier leicht die Gefahr, daß ein Koma eintritt.

Diskussion:

Herr **Bönniger** weist auf einen Fehler der Reicher-Steinschen Furfurolmethode hin: starkes Licht beeinträchtigt die Farbe.

Es ist falsch, bei Substanzen, die nicht gleichmäßig im Blut verteilt sind, das Gesamtblut zu untersuchen; man muß gesondert Serum und Blutkörperchen prüfen. Das gilt auch in bezug auf den Zucker. Die Blutkörperchen enthalten keinen oder nur wenig Zucker. In einigen Fällen fand B. in den Blutzellen mehr oder weniger als im Serum. Das ist wichtig in bezug auf die Zuckerdichtigkeit der Nieren. Die Zuckertoleranz soll man auch durch die Blutzuckerbestimmung prüfen.

Sein Fall von Nierendiabetes verhält sich immer noch so, wie er im Verein vor längerer Zeit geschildert hat. Es finden sich nur Spuren von Zucker, ohne daß Zufuhr von Kohlehydraten Einfluß hat, bei bestem Wohlbefinden und bei beliebiger Diät. Sein Sohn leidet an der gleichen Attaktion; bei niedrigem Serumzucker weist er reichlich Traubenzucker im Harn auf. Also auch bei Nierendiabetes sind erbliche Verhältnisse von Bedeutung.

Herrn **Reicher** fielen nie Einwirkungen des Lichtes, dagegen solche des Laboratoriumdampfes auf.

Ueber die Bedeutung des Venenpulses bei neuerer kombinierter photographischer Methodik.

Herr **Ohm** demonstriert seine photographische Registriermethode; er vermag dadurch gleichzeitig Herztöne, Arterien- und Venenpuls (Radialis bezw. Jugularis) aufzunehmen; er kann in jedem Augenblick und an jeder Stelle etwaige Fehler der Aufnahme feststellen und die Phasen des Venenpulses und auch die kleineren Abschnitte dieser Kurve mit Herzbewegung und Radialispuls in Beziehung sowohl der Zeit wie der Aetiologie nach bringen. Alle drei Kurven werden senkrecht übereinander aufgenommen. An zahlreichen Lichtbildern erläutert Vortr. physiologische und pathologische Verhältnisse des Venenpulses. Er äußert sich über die Entstehung der einzelnen Kurvenabschnitte in so detaillierter Weise, daß sich für den engeren Fachmann das Studium des Originals empfiehlt.

Mode.

IV. Bücherschau.

Homo sapiens. Einleitung zu einem Kurse der Anthropologie. Von Dr. **V. Giuffridi Ruggeri**, Professor der Naturwissenschaftlichen Fakultät an der k. Universität zu Neapel. Autorisierte Uebersetzung aus dem Italienischen. Mit 7 Abbildungen. Wien und Leipzig, A. Hartlebens Verlag. 198 S. 5 Mark.

Bei der Besprechung eines neu erschienenen Werkes aus dem Gebiete der Erblichkeitslehre schrieb Herr v. Hansemann vor kurzem folgendes: „Die Autoren, die sich mit Erblichkeit und vor allen Dingen mit Mendelschen Regeln beschäftigen, haben eine solche Fülle neuer Fremdworte gebildet, daß eigentlich jedem Werk ein besonderes Lexikon beigegeben werden müßte. Schon für denjenigen, der sich stets mit diesen Dingen beschäftigt, ist jede neue Abhandlung darüber schwierig zu lesen, weil fortwährend neue fremdartige Ausdrücke auftreten. Die Fernerstehenden verstehen das überhaupt nicht mehr, und an manchen Stellen wird es jedem, der sich nicht eingehend mit diesem Gegenstand beschäftigt hat, klingen, als wäre die Abhandlung in einer fremden Sprache geschrieben." Diesen Vorwurf kann man leider auch dem hier zu besprechenden Werke des gelehrten italienischen Anthropologen nicht ersparen. Man wird fast erdrückt von der Fülle fremdartiger, nur den Fachanthropologen geläufiger Termini technici; darunter leidet natürlich die Verständlichkeit des Werkes; zur Einführung in das Studium der Anthropologie scheint es uns jedenfalls nicht geeignet. Dies auch aus dem Grunde nicht, weil es durchaus subjektiv geschrieben ist und eigentlich nur eine fortlaufende Polemik gegen die Ansichten anderer Anthropologen darstellt. Ausgehend von den Ergebnissen der modernen Erblichkeitslehre untersucht Verfasser die Frage der Entstehung der Menschenrassen, und zwar vom Standpunkte des „Neomonogenismus". Denjenigen, welche über die wichtigsten Probleme der modernen Anthropologie schon einigermaßen orientiert sind, wird das Werk aber vielfache Anregung bringen, und in diesem Sinne sei es allen Kollegen, welche in ihren Mußestunden Zeit für paläontologische und anthropologische Studien finden, zur Lektüre empfohlen.

Das Gehörorgan und die oberen Luftwege bei der Beurteilung der Militärdienstfähigkeit, mit Berücksichtigung der Staaten mit stehendem Heere. Von Dr. **Wilhelm Hasslauer**, Oberstabsarzt z. D., München. Berlin 1913, Verlag von Oscar Coblentz, W. 30. 280 S. Geb. 6,50 M.

In dem vorliegenden Werke hat es Verfasser, welcher früher lange Jahre hindurch als Dozent für Ohrenheilkunde an der k. bayerischen militärärztlichen Akademie tätig war, unter-

nommen, seine große Erfahrung als Militär-Ohrenarzt für seine militärärztlichen nicht spezialistisch geschulten Kollegen literarisch zu fixieren. Er hat einen Ratgeber geschaffen, in dem der Sanitätsoffizier eine vollständige Anleitung hinsichtlich der Beurteilung des Gehörorgans und der oberen Luftwege bei der Musterung und Einstellung, sowie im Verlaufe der Dienstzeit findet. Zunächst sind die allgemeinen für die Beurteilung der militärischen Dienstfähigkeit geltenden Bestimmungen angegeben und daran anschließend die speziell das Gehörorgan und die oberen Luftwege betreffenden Grundsätze und Gesichtspunkte ausführlich erörtert. In erster Linie will das Buch dem Militärarzt in seiner begutachtenden Tätigkeit zur Seite stehen, daneben gibt es aber auch eine kurze Anleitung für die Behandlung der während der Dienstzeit auftretenden Erkrankungen der Ohren und der oberen Luftwege, soweit diese durch den nicht spezialistisch ausgebildeten Militärarzt geschehen kann. — Anhangsweise stellt Verf. die in einigen anderen Staaten bezüglich der militärärztlichen Bewertung der Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege maßgebenden Bestimmungen zusammen. Das mit großer Gründlichkeit gearbeitete Werk wird sicher eine gute Aufnahme bei den Sanitätsoffizieren finden, denn es füllt eine Lücke in der Literatur aus; aber auch die Zivil-Ohren- und Nasenärzte werden das Buch mit Nutzen studieren, da sie oft genug Fragen ihrer Patienten hinsichtlich militärischer Dienstfähigkeit zu beantworten haben und daher die hier maßgebenden Bestimmungen kennen müssen. R. L.

Die junge Mutter (Lettres à Françoise Maman). Von **Marcel Prévost.** Einzige berechtigte Uebersetzung aus dem Französischen von G. Katz (Die moderne Frau, III. Band). Geheftet 3 M., in Leinen gebunden 4,50 M. Umschlagszeichnung von L. Kainer. Verlag Albert Langen, München.

Der berühmte Schriftsteller hat hier gewissermaßen einen Leitfaden der Pflege und Ernährung des Säuglings und der Erziehung des Kindes geschrieben. Wenn das Buch den deutschen Lesern und insbesondere den Müttern nicht allzuviel Neues bringt, so werden diese doch sicher vieles bereits Bekannte in neuer Beleuchtung finden können. Die Uebersetzung ist flüssig und gut und die Lektüre des Buches wird dadurch zu einer angenehmen Beschäftigung.

Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung und Bekämpfung. Von Geh. Rat Dr. **Bornträger** (Düsseldorf). Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Heft 13. Berlin 1912, Verlag von Rich. Schoetz. Preis 3,75 M.

— Mit Genehmigung des Herrn Ministers erfolgter erweiterter Nachdruck aus den Veröffentlichungen etc. Würzburg 1912, Verlag Curt Kabitzsch. Preis 4 M.

Die Beschränkung der Geburtenzahl, ein Kulturproblem. Von Dr. **Marcuse.** München 1913, Verlag Reinhard. 2,80 M.

Das Bornträgersche Buch ist wenig erfreulich. Es verquickt Politik und Wissenschaft und sieht eine Geburtenvermehrung nur dann wieder eintreten, wenn die Kirche und der Staat eingreifen. Auch gegen die Aerzte werden völlig unberechtigte Angriffe gerichtet. — Gerade im Gegensatz hierzu betont Marcuse in seiner gründlichen Studie, daß Kirche und Staat direkt nichts erreichen können, letzterer nur dann, wenn er den sozialen Ursachen des Geburtenrückganges nachgeht und Aenderungen herbeiführt (Steuer- und Zollpolitik). Marcuse tritt für eine gewisse Beschränkung der Geburten ein, die noch immer da eingetreten ist, wo die Menschen sich eine höhere Bildung und damit eine bessere Lebensführung zu eigen machten. R.

Die ärztliche Mission. Blätter zur Förderung der deutschen missionsärztlichen Bestrebungen. Zugleich Organ des Deutschen Instituts für ärztliche Mission und der deutschen Vereine für ärztliche Mission. Herausgegeben von Dr. med. **Hermann Feldmann** in Eckardtsheim, Bez. Minden. 8. Jahrgang. Heft 1. Gütersloh 1913, Druck und Verlag von C. Bertelsmann. (Bezugspreis für die 6 Hefte eines Jahrganges inkl. Porto 1,90 M.)

Aus dem Inhalte des vorliegenden Heftes heben wir hervor: Aerztliche Ausbildung in China, von Dr. Olpp; erfreuliche Wandlungen in China, namentlich bezüglich ärztlicher Kunst, von Dr. H. Vortisch-van Vloten; Jahresversammlung der ärztlichen Mission in Frankfurt a. M. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Infolge des aus Gesundheitsrücksichten erfolgten Rücktrittes des hochverdienten Obmannes, Herrn Geh. San.-Rat Dr. Bensch, wurde in der Direktoriumssitzung vom 4. Februar 1913 der bisherige stellvertretende Obmann der **Versicherungskasse f. d. Aerzte Deutschlands a. G. zu Berlin**, Herr Dr. Oscar Salomon, Berlin W. 30, Motzstr. 14, zum Obmann und zum stellvertretenden Obmann Herr Geh. San.-Rat Dr. Stadthagen, Berlin W., Magdeburger Str. 20, gewählt. Die Geschäftsstelle befindet sich seit dem 11. Februar 1913 Berlin W. 35, Lützowstr. 55.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im Alter von 78 Jahren starb hierselbst der außerordentliche Professor der Botanik Dr. Paul Ascherson, der, ursprünglich Arzt, nach einigen Jahren praktischer Tätigkeit sich ausschließlich der Botanik zugewandt hatte.

Königsberg i. Pr. Dr. Henke hat sich für Laryngologie und Rhinologie habilitiert.

Göttingen. Dr. Curt Oehme hat sich für innere Medizin, Dr. Ulrich Ebbecke für Physiologie habilitiert.

Marburg. Dr. Kleinschmidt hat sich für Kinderheilkunde, Dr. Friedrich Kirstein für Gynäkologie habilitiert.

Cöln. Dem Dozenten für soziale Medizin an der Akademie für praktische Medizin Kreisarzt Dr. Eduard Meder ist der Professortitel beigelegt worden.

München. Dr. Hans Ahrens hat sich für Zahnheilkunde, Dr. G. Böhm für innere Medizin habilitiert.

Heidelberg. Dr. Karl Beck hat sich für Laryngologie und Otologie, Dr. Hans W. Gruhle für Psychiatrie habilitiert.

Freiburg i. B. Als Nachfolger Salges ist Privatdozent Dr. Nöggerath in Berlin als Professor der Kinderheilkunde hierher berufen worden.

Wien. Der Dozent der Dermatologie Prof. Dr. E. Schiff ist gestorben.

Zürich. Dr. Max Tièche hat sich für Dermatologie und venerische Krankheiten habilitiert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der **Balneologenkongreß** (34. Jahresversammlung der Balneologischen Gesellschaft, Sektion I des 4. internationalen Kongresses für Physiotherapie) findet vom 26. bis 31. März d. J. statt. Es sind mehr als 80 Vorträge angemeldet. Sitzungslokal: Hörsaal des Pathologischen Universitäts-Instituts (Charité).

— Auf der Naturforscherversammlung zu Münster i. W. im Herbst 1912 hat sich eine **„Vereinigung der Krankenhausärzte“** gebildet, zum Zweck, die deutschen Krankenhausärzte zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Betätigung auf dem Gebiete des Krankenhauswesens zu vereinigen, ihre ethischen und sozialen Interessen sowie die der Krankenhäuser zu fördern und dieselben sowohl nach außen wie innerhalb der Aerzteschaft zu vertreten. Die erste Hauptversammlung findet am 25 März in Berlin, Restaurant zum Heidelberger, Friedrichstr., abends 6 Uhr, statt. Prof. Sprengel (Braunschweig) wird über „Assistenten- und Praktikantenfrage“ referieren, Dr. Kühler (Kreuznach) über „Krankenhausärzte und Versicherungsgesetze“. Der vorläufige Vorstand besteht aus Prof. Dreesmann (Cöln), Vorsitzenden, San.-Rat Dr. E. Pagenstecher (Wiesbaden), Schriftführer, Dr. E. Kühler (Kreuznach), Kassenführer.

Breslau. Die diesjährige Hauptversammlung der **Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** wird am 30. April hier stattfinden.

Wiesbaden. Der 30. **Deutsche Kongreß für innere Medizin** findet vom 15. bis 18. April d. J. in Wiesbaden statt. Vortragsanmeldungen sind an den Vorsitzenden mit kurzer (leserlicher) Inhaltsangabe bis 17. März einzureichen. Der Preis der Eintrittskarte beträgt 15 M. Es wird gebeten, die Beiträge im voraus an den Kassenführer des Kongresses, Herrn Dr. Wibel, Wiesbaden, Rheinstr. 68 (Postscheckkonto No. 6051 bei dem Postscheckamt in Frankfurt a. M.), einzusenden. Das Hauptthema des Kongresses lautet: Wesen und Behandlung des Fiebers. Referenten: Prof. Hans H. Meyer (Wien) und Prof. v. Krehl (Heidelberg). Außerdem sind zahlreiche Vorträge bereits angemeldet.

Düsseldorf. Ein **Ausschuß zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit** wurde vor kurzem in Düsseldorf unter Vorsitz des Regierungspräsidenten Geheimrat Krause begründet. Unter den Anwesenden befanden sich der Landeshauptmann der Rheinprovinz Herr v. Renvers, der Vorsitzende der Versicherungsanstalt Herr Geheimrat Kehl, zahlreiche Beamte der Regierung, Landräte usw. Von der Akademie für ärztliche Fortbildung waren erschienen die Herren Geh.-Rat Witzel, Prof. Pankow, Geheimrat Peretti, Medizinalrat Dr. Schrakamp, Prof. Pfalz, Prof. Schlossmann, Dr. Stern, v. d. Velden, ferner die Herren Gerichtsarzt Berg, Dr. Cossmann, Doepner, Hoffacker, Hoffmann, Knepper, Kudleck, Lenzmann. Als Vertreter des **Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit** war Prof. George Meyer (Berlin) erschienen. Nach Eröffnung und Begrüßung der Versammlung hielt Geheimrat Prof. Lubarsch einen Vortrag über das Wesen und die Ursachen des Krebses; Prof. Pankow sprach über Erfolge und Ziele der Krebsbehand-

lung in der Gynäkologie. Hierauf fand die Festsetzung der Satzung und die Wahl des Vorstandes des Ausschusses statt. Zum Vorsitzenden wurde Geheimrat Krause, zum Vorsitzenden des Ausschusses Geheimrat Lubarsch gewählt.

Gent. Der 3. **Internationale Kongreß für Neurologie und Psychiatrie** findet hier am 30. August statt. Näheres durch Dr. Crocq, Brüssel, 62 Rue Joseph II.

Buffalo. Der 4. **internationale Kongreß für Schulhygiene** wird vom 25.—30. August d. J. in Buffalo, New York, U. S. A., unter dem Ehrenvorsitze des Präsidenten der Vereinigten Staaten Herrn Wilson abgehalten werden. Das Präsidium führt Charles W. Eliot, der frühere Präsident der Harvard University; Generalsekretär ist Dr. Thomas A. Storey, Professor der Hygiene, College of the City of New York. Von deutschen Vertretern werden folgende Hauptreferate auf dem Kongresse gehalten werden: 1. Die Beziehungen zwischen Schule und Auge; 2. Heizung und Lüftung in den Schulen; 3. Die Reinigung der Schulzimmer; 4. Hilfsschulwesen und Heilerziehungsanstalten für Psychopathische; 5. Staatliche und städtische Schularztorganisation. Zu den Vorbereitungen des Kongresses in Deutschland ist ein deutsches Hauptkomitee gebildet worden, dessen Vorsitz Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner in Berlin übernommen hat. Alle den Kongreß betreffenden Anfragen, Anmeldung von Vorträgen usw. sind an den Geschäftsführer des deutschen Hauptkomitees, Prof. Dr. Selter (Bonn), Hygienisches Institut, zu richten.

Gerichtliches.

Cöln. Der „Kräuterdoktor" R. in Cöln-Kalk, der beschuldigt wurde, den Tod eines 14 jährigen Kindes durch seine Behandlungsweise herbeigeführt zu haben, wurde von der hiesigen Strafkammer wegen **fahrlässiger Tötung** zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Das bisher als „Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung" hierselbst im Hause Kochstraße 73 untergebrachte Institut ist unter dem neuen Namen **„Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene"** nach Dahlem bei Berlin, Ehrenbergstr. 38—42, verlegt worden.

— Der **Deutsche Verein für Volkshygiene** bittet die Herren Kollegen, seinem Schriftführer, Herrn Sanitätsrat K. Beerwald, Berlin W. 52, Kalckreuthstr. 2, in landschaftlich schöner und gesundheitlich einwandsreier Gegend Pensionen nachweisen zu wollen, wo bis zu einem Betrage von 4 M. Wohnung und bescheidene, aber kräftigende Verpflegung gegeben wird. Der Verein will dadurch den weniger Bemittelten aller Stände und Berufe der Reichshauptstadt, vor allem den schwächlichen und blutarmen, zum Erwerb gezwungenen Frauen und Mädchen, die Möglichkeit verschaffen, im Sommer einige Zeit außerhalb Berlins ihrer Gesundheit und Erholung zu leben. Diese Adressen werden geographisch geordnet und stehen ab 1. April zu unentgeltlicher Einsicht im Kaufhaus des Westens und allen Filialen der Firma Jandorf zur Verfügung.

Düsseldorf. An der Akademie für praktische Medizin findet vom 14. bis 26. April ein **Sonderkursus** zur Ausbildung von **Schulärzten** statt. Als Vortragende in diesem Kursus sind außer den Dozenten der Akademie zahlreiche hervorragende Schulmänner und Hygieniker beteiligt, darunter Prof. Dr. Selter (Bonn), der auf diesem Gebiete besondere Erfahrungen besitzt. — Außerdem findet vom 7. bis 19. Juli ein Kursus für „Soziale Medizin" statt, mit besonderer Berücksichtigung der Unfall- und Invalidenbegutachtung. Auch an diesem Kursus werden außer den Dozenten der Akademie hervorragende Sozialpolitiker Vorträge halten. Auskunft erteilt das Sekretariat der Akademie.

Bern. Die von uns in unserer vorigen Nummer über die **Stiftung des Prof. Dr. Th. Kocher** gebrachten Mitteilungen waren in den Einzelheiten nicht ganz zutreffend. Wie bringen daher hiermit die genaueren Bestimmungen dieser Stiftung, deren Anfangskapital 200 000 Fr. beträgt. Alle 3 Jahre, erstmals 1915, soll ein Betrag von 3000 Fr. aus den Zinsen verwertet werden zur Belohnung für verdienstvolle Arbeiten oder zur Förderung wissenschaftlicher Untersuchungen. Die Entscheidung über die Zuteilung soll abwechselnd den 4 Hauptfakultäten zukommen und vom Senat bestätigt werden. Das Kapital sowie die Zinsen und Zinseszinsen sollen sicher angelegt werden, bis die Höhe einer halben Million Franken erreicht ist. Hernach sollen die Zinsen zum Betriebe eines Forschungsinstitutes für Biologie gebraucht werden, d. h. für ein Institut zur Erforschung der Lebensvorgänge im weitesten Sinne des Wortes, und zwar soll nur die direkte Förderung selbständiger wissenschaftlicher Forschungen im Auge behalten werden, nach Muster bereits bestehender Forschungsinstitute in Amerika, England, Frankreich, Rußland und speziell der vom Deutschen Kaiser geschaffenen deutschen Forschungsinstitute.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl. mit der Königl. Krone: San.-Rat Dr. O. Wimmer in Berlin.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Dr. F. W. Delius in Hamburg, früher in Buenos-Ayres, ordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. E. Lesser in Berlin, San.-Rat Dr. M. Schultze in Berlin-Grunewald, Oberstabsarzt a. D. Dr. E. Spangenberg in Kehl, bisher im Feldartillerie-Regiment 69.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Reg.- und Med.-Rat a. D. Geh. Med.-Rat Dr. O. Schwartz in Cöln.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Geh. San.-Rat Dr. L. Wolff in Berlin.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: San.-Rat Dr. E. Kleinschmidt in Elberfeld.

Prädikat Professor: Chefarzt Dr. A. Nehrkorn in Elberfeld, Dozent der Akademie für prakt. Medizin Kreisarzt Dr. E. Meder in Cöln.

Ernannt: Priv.-Doz. Prof. Dr. B. Schöndorff in Bonn zum außerordentlichen Professor daselbst.

Verzogen: Generaloberarzt a. D. K. Plagge von Gießen nach Bad Homburg v. d. H., Dr. P. B. Schulz von Freiburg nach Saarbrücken, Dr. F. Weins von Groß-Tychow nach Neumagen, Dr. F. Lüttig von Bochum und Dr. X. F. Steber von Nürnberg nach Aachen, Dr. H. Lessing von Reisen als Schiffsarzt und Dr. E. Meyer von Freiburg i. Br. nach Berlin, Dr. B. Lewin von Amerika nach Belgard a. Pers., Dr. W. Urtel von Bielschowitz nach Neudorf, Dr. M. Zehbe von Breslau nach Kattowitz, A. Solger von Kattowitz nach Rostock, F. Meyer von Neuheiduk nach Chemnitz, E. Janik von Breslau nach Orzesche, Dr. R. Obst von Neuheiduk nach Mikultschütz, Dr. F. Neumann von Lützen nach Mühltroff i. S., Dr. W. Zedelt von Karlsruhe nach Merseburg, Dr. K. O. Weidenmüller von Eisleben nach Schkeuditz, Dr. F. Aussendorf von Loschwitz nach Artern, Dr. F. Möller von München nach Halle a. S., Dr. E. Przygode von Halle a. S. nach Stuttgart, Dr. A. Laabs von Halle a. S. nach Bremen, Dr. F. Maier von Zeitz nach Weißenburg in Bayern, Dr. H. Kölle von Breslau nach Cassel, Dr. F. Domanski von Usch nach Kletzko, Dr. K. Schröder von Altscherbitz nach Uchtspringe, Dr. M. Pöppel von Vohburg (Bayern) nach Vallendar, Dr. P. G. H. Eltze von Hannover nach Coblenz, A. M. Keller von Berlin nach Lutzerath, Dr. O. Marenbach von Dierdorf nach Andernach.

Gestorben: Dr. B. Bosse in Berlin, Oberarzt Dr. B. Weissker in Gnesen, Generalarzt a. D. Dr. K. Kirchner in Breslau, J. Engel in Leobschütz, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Genzmer in Halle a. S., San.-Rat Dr. B. Eichner in Weißenfels, E. Kühme in Sangerhausen, San.-Rat Dr. M. Tippel in Kaiserswerth, Dr. H. Wehberg in Düsseldorf, Dr. E. Fürst in Essen-Recklinghausen, San.-Rat Dr. L. Arndt in Jastrow, Dr. L. Frost in Bojanowo, E. Krzyzan in Bentschen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heller in Kiel, E. Wirth in Beelitz, San.-Rat Dr. D. E. Hertling in Caub, San.-Rat Dr. L. Müller und Geh. San.-Rat Dr. B. Steinheim in Wiesbaden.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. Chr. H. Otto Vagt in Volksdorf und Dr. W. Cobliner in Hamburg.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. R. C. F. Hasché.

Gestorben: Dr. F. C. H. Amtsberg in Hamburg.

Elsaß-Lothringen.

Auszeichnungen: Ritterkreuz 1. Kl. des Badischen Zähringer Löwenordens: Oberstabsarzt Dr. Leuchtenberger in Straßburg.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Med.-Rat Dr. Holtzmann und Prof. Dr. Stilling in Straßburg, Med.-Rat Dr. Walcher in Erstein.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. Kreitz in Rheinau, Dr. Bielefeld in Metz, Eck in Sulz (O.-E.), Dr. Bielski in Maursmünster, Dr. Breinlinger in Dammerkirch, Dr. Meyer in Oberehnheim.

Prädikat als Professor: Dr. Blind in Straßburg.

Niedergelassen: Dr. Schwartz in Gr.-Blittersdorf.

Verzogen: Dr. Kreitz von Rheinau nach Freiburg, Dr. Hauch von Hamburg nach Mörchingen, Dr. Klemm von Saarburg und Assistenzarzt Westhofer von Hagenau nach Ostafrika, Dr. Tissot dit Sanfin von Itzehoe nach St. Avold, Dr. Spangenberg von St. Avold, Dr. Roos von Metzeral nach Straßburg, Dr. Raeschke von Straßburg nach Oranienstein.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Salizyl-Schwefel-Fermentin - Seife

mit 5% Fermentin extern. (Hefepräparat)

nach

Dr. Dreuw

gegen

Furunkulosis und Akne.

Preis 1.— M.

Arhovin

aus Diphenylamin., Thymol und Aethylbenzoat nach eigenem Fabrikationsverfahren hergestelltes

inneres Antigonorrhoikum und Harndesinfiziens.

In Kapseln à 0,25. — Dosierung: 3—6 × täglich 1—2 Stück.

30 Kapseln = 2.— M.
50 Kapseln = 3.— M.
15 Kapseln = 1.— M. (für Kassen)

Kefyrogen

(Kefyrferment)

Tabletten zur Herstellung eines stets gleichmäßigen

Nähr-Kefyrs.

Einziges Deutsches Reichspatent für die Herstellung des Kefyrferments.

Ausserordentlich billig im Gebrauch.

60 Tabletten à 0,4 g = 2.50 M.

Prothaemin

nach Professor Dr. Salkowski-Berlin

ein trocknes Haematogen

(Bluteiweißpräparat).

Leicht verdauliches Eisen-Eiweißpräparat

Pulver- und Biskuitform.
100 g = 1.60 M.

Das Prothaemin ist fünfmal so stark wie flüssiges Haematogen, daher **ausserordentlich billig** im Gebrauch.

Sanocalcin

(Calciumglyzerophosphat + Calciumlaktophosphat) in molekularem Verhältnis

für die Therapie der Infektionskrankheiten

in Ampullen à 0,01 Sanocalcin. pur.

(nach zum Patent angemeldetem Verfahren sterilisiert) und in

Kombination mit Tuberkulin und Seris

nach

Professor Sticker, Berlin.

Ueber Erfolge bei der Behandlung der

Tuberkulose

berichtet Dr. Korb, dirigierender Arzt der inneren Abt. des Diakonissen-krankenhauses „Bethanien" in Liegnitz, in Nr. IV, Bd. 19, 1912 der „Zeitschrift für Tuberkulose":

„Die Kombination des neuen Calciumpräparates Sanocalcin mit Tuberkulin hat sich durchaus bewährt. Während bei der früher gebräuchlichen Anwendung des Alttuberkulins die Temperaturen in einzelnen Fällen oft nicht unwesentlich gesteigert wurden, konnte beim Gebrauch des Sanocalcin-Tuberkulin nicht nur keine, wenn auch noch so geringe Temperaturerhöhung beobachtet werden, sondern die vor dem Beginn der Kur bestehenden Temperaturen wurden vielfach direkt herabgesetzt. Am auffälligsten war aber wohl der Einfluß des Sanocalcin-Tuberkulin auf die subjektiven Beschwerden der Patienten, die oft schon nach wenigen Injektionen deutlich nachließen resp. bald gänzlich verschwanden." — Zusammenfassend betont Korb, daß nach seinen Erfahrungen, „das neue Sanocalcin-Tuberkulin in der Behandlung der Lungentuberkulose als ein durchaus wirksames Mittel ohne alle unangenehmen Nebenwirkungen zu betrachten ist".

Gelonida

Bezeichnung für unsere nach Deutschem Reichspatent hergestellten neuen leicht zerfallbaren Tabletten, z. B.

Gelonida acid. acetylosalicylici
Gelonida antineuralgica
Gelonida stomachica
Gelonida Sulfonali
Gelonida acid. diaethylbarbituric.

und andere.

Keine Belästigung des Magens wie bei schwer zerfallenden Tabletten.

Näheres in der Gelonida-Literatur.

Digistrophan

(Titrierte Digitalis-Strophantus-Kombination)

unter tierexperimenteller Kontrolle von Professor Dr. Bickel, Berlin; nach D. R. P. hergestelltes Präparat, welches alle wirksamen Bestandteile der Digitalis und Strophantus in haltbarer Form enthält.

Anwendung in Tabletten und Kapseln; per Klysma und subkutan.

20 Tabletten à 0,15 Digistrophan = 2,00 M.
20 Kapseln à 0,15 Digistrophan = 2,25 M.

Jede Tablette oder Kapsel entspricht 0,1 Fol. Digital. und 0,05 Sem. Stroph.

Gelonida Aluminii subacetici

à 0,5 und 1,0 g

empfohlen bei **Infektionen, Gärungen und Flatulenz** im Verdauungskanal.

Ferner bei **Oxyuris.**

Proben und Literatur durch

Goedecke & Co., Chemische Fabrik, Leipzig und Berlin N 4

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 22. März 1913 | No. 12

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 22. März 1913** **No. 12**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Zur gefl. Beachtung!

Unsere Abonnenten, welche die Zeitung direkt vom Verlage durch das K. Post-Zeitungsamt überwiesen erhalten, bitten wir im Interesse der regelmässigen Zustellung der Zeitung folgendes zu beachten.

Abbestellungen sind rechtzeitig, spätestens **bis zum 17. März, an den Verlag** zu richten. Spätere Abbestellungen können **nicht** mehr berücksichtigt werden, da die K. Post einbezahlte Gebühren **nicht** zurückbezahlt.

Adressänderungen sind stets **dem Verlage** zu melden, welcher **einmalige** Ueberweisungen pro Quartal **kostenfrei** besorgt. Für wiederholte Adressänderung im Quartale ist die Ueberweisungsgebühr (50 Pfg.) vom Abonnenten zu entrichten.

Reklamationen einzelner Nummern bitten wir stets im eigenen Interesse **bei der betreffenden Postanstalt** anzubringen, da auf diese Weise die Nachlieferungen bedeutend schneller erfolgen können, als durch den Verlag.

Wiederholte Unregelmässigkeiten bitten wir stets direkt dem Verlage mitzuteilen, welcher in solchen Fällen immer umgehend Abhilfe schaffen wird.

Zahlungen für Exemplare, welche vom Verleger der Post zur Beförderung übergeben werden, sind **stets direkt an den Verlag, nicht an die K. Post,** zu richten. Im Falle von einzelnen Abonnenten die Zahlung an die K. Post beabsichtigt wird, **ist dem Verlage vorher Mitteilung zu machen, da sonst doppelte Lieferung** entsteht.

Oscar Coblentz, Verlagsbuchhandlung
(Verlag der „Allgem. medizin. Central-Zeitung").

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Röntgenaufnahmen auf Bromsilberpapier.
Eine Methode zur wesentlichen Vereinfachung und Verbilligung der Radiographie.

Von

Sanitätsrat Dr. med. **Franz Kronecker** (Berlin-Steglitz).

Seit dem Jahre 1902 bin ich mit Versuchen beschäftigt, die kostspielige, schwere und zerbrechliche photographische Platte in der Radiographie durch ein hochempfindliches Bromsilberpapier zu ersetzen. Freilich war es mir von vornherein klar, daß ich mich bei Anwendung des Bromsilberpapiers auf diejenigen Fälle beschränken mußte, wo es nicht auf Demonstration besonderer Feinheiten der Struktur, namentlich des Knochen- und Knorpelgewebes ankommt. Wenn es sich um Darstellung tuberkulöser, luetischer, sarkomatöser, karzinomatöser und ähnlicher Veränderungen resp. um die Differentialdiagnose zwischen jenen Affektionen handelt, so ist ausschließlich die Glasplatte anwendbar. Gestattet doch nur sie eine Durchsicht (Diaskopie), welche die feinsten Nuancen der Gewebsstruktur erkennen läßt, während dies bei dem Papier, welches doch nur eine An- und Uebersicht erlaubt, bei weitem nicht in jenem Grade möglich ist.

Wohl aber genügt das Bromsilberpapier für alle jene in der Röntgenpraxis überaus häufig vorkommenden Fälle, wo es gilt grobe Veränderungen, vor allem der Knochen und Gelenke, wie Frakturen und Luxationen sichtbar zu machen. Auch alle eingedrungenen Fremdkörper bringt dasselbe mit völlig hinreichender Deutlichkeit zu Gesicht. Vor allem eignet sich jenes Papier in hervorragendem Maße zur Aufnahme großer Ueber-

sichtsbilder, wie des gesamten Thorax, des Abdomens, einer ganzen Extremität und dergleichen. Ist es doch meinem technischen Assistenten: Herrn Photographen Engelmeyer bereits gelungen, recht gute Röntgenbilder ganzer menschlicher Individuen, und zwar nicht allein von Kindern, sondern sogar von Erwachsenen, anzufertigen. Derartige Kuriositäten dürften freilich für den Mediziner ein minder großes Interesse beanspruchen, als etwa für den Anthropologen, welcher auf solche Weise bemerkenswerte Rasseneigentümlichkeiten zur Darstellung bringt. Ferner aber könnte für manche Fälle eine Kombination des Bromsilberpapier- mit dem Plattenverfahren in Frage kommen, indem wir mit ersterem zuvörderst ein Uebersichtsbild machen und hernach diejenigen Stellen, welche verdächtig erscheinen, noch einmal mit einer kleinen Platte aufnehmen. Wir machen es hier ähnlich wie bei einer mikroskopischen Untersuchung, wo wir erst das Gesichtsfeld bei schwacher Vergrößerung durchmustern, um dann alles, was wir abnorm gefunden, im einzelnen mit einer scharfen Linse zu untersuchen.

Indessen wird häufig genug eine Aufnahme auf Bromsilberpapier allein genügen. Bildet doch die Untersuchung der Frakturen, Luxationen, eingedrungener Fremdkörper und ähnlicher gröberer Veränderungen einen sehr großen Prozentsatz, der namentlich in der chirurgischen und der Unfallpraxis notwendig werdenden Röntgenuntersuchungen. Gerade hier erscheint der Hauptvorzug des Bromsilberpapierverfahrens: seine große Wohlfeilheit, als ausschlaggebender Faktor. Die Preise stellen sich nämlich wie folgt: Es kostet von dem hier vor allem in Betracht kommenden, für die Zwecke des Röntgenverfahrens extra präparierten und vielfach verbesserten Bromsilberpapier Stolze[1]): Eine Fläche 18 × 24 cm 21 Pf., die Platte gleicher Größe aber 65 Pf. Ein Stück Röntgenpapier: 24 × 30 cm kostet 33 Pf., eine gleich große Platte hingegen 1,10 M. Das bedeutet für den Massenbetrieb, vor allem in der chirurgischen Klinik und Poliklinik, eine enorme Ersparnis. Dank der Vollkommenheit des modernen Röntgenverfahrens, bei welchem die Abnutzung der Apparate und Röhren, sowie der Stromverbrauch, falls es sich um einfache Aufnahmen handelt, nur wenige Pfennige ausmacht, dürfte auf diese Weise z. B. das Röntgogramm einer Extremität auf Röntgenpapier Stolze in der stattlichen Größe von 24 × 30 cm auf knapp 50 Pf. an Selbstkosten zu stehen kommen! Denn auch der Verbrauch an Rodinalentwickler, welchen ich für das Bromsilberpapier empfehle, ist infolge der höheren Empfindlichkeit desselben und der hierdurch bedingten, erheblich schneller erfolgenden Entwicklung beim Bromsilberpapier Stolze sehr viel geringer als bei der Platte. Man wird sich daher unter Verwendung jenes Papiers namentlich da, wo es sich um Untersuchung von poliklinischen oder Kassenpatienten handelt, weit häufiger eine größere Reihe Röntgenaufnahmen, beispielsweise in verschiedenen Ebnen, gestatten dürfen, als bisher auf der kostspieligen Platte.

Als weiterer, nicht zu unterschätzender Vorteil ist anzuführen, daß unser Bromsilberaktinogramm nach seiner Ausentwicklung, dem Abspülen mit Wasser und Einlegen in das Fixierbad sogleich in allen seinen Details sichtbar wird, während man die photographische Platte vorher völlig ausfixieren muß, was meist mindestene ½ Stunde in Anspruch nimmt. Erst dann dürfen wir die Platte aus dem Fixierbad nehmen, müssen sie unter starkem Wasserstrahl auswaschen und können erst jetzt bei durchfallendem Licht erkennen, worauf es ankommt. Anders beim Bromsilberpapier! Sogleich nach Vollendung der Entwicklung, d. h. 2—3 Minuten nach der Röntgenuntersuchung, sieht der Arzt in allen den Fällen, wo es sich um gröbere leicht zu deutende Veränderungen handelt — und sie bilden in der gesamten Röntgenpraxis die weitaus größte Zahl —, auf der Papierfläche, worum es sich handelt, und kann auf der Stelle sein therapeutisches Handeln darnach einrichten, was besonders für die chirurgische Praxis in der Poliklinik oder auf der Unfallstation einen ganz enormen Fortschritt bedeutet!

[1]) Stolze & Co, Charlottenburg-Westend, Kirschenallee 19/21.

Die Technik der Aufnahme von Radiogrammen auf Bromsilberpapier ist höchst einfach und vermag von jeder Pflegerin, von jedem Lazarettgehilfen in Zeit von höchstens ½ Stunde erlernt zu werden, falls nur der gute Wille vorhanden ist. Bei rotem Licht in der Dunkelkammer schiebt man das Bromsilberpapier in eine schwarze, lichtdichte Tasche, deren Rücken durch Holzeinlage steif gemacht ist. Denn die Tasche darf sich nicht etwa eindrücken und hierdurch der zu untersuchenden Körperfläche anschmiegen. Das würde böse Verzeichnungen geben! Die Papierfläche muß vielmehr, genau wie die Glasplatte, der betreffenden Partie tangential anliegen. Nur so erhalten wir ein Bild, wie wir es zu sehen und zu deuten uns von Beginn des Röntgenverfahrens an gewöhnt haben. Die Entwicklung geschehe, wie oben erwähnt mit Rodinal. Darnach wird abgespült und das Papier in das gewöhnliche Fixierbad gelegt. Das Fixieren geht sehr schnell vonstatten. Dann spüle man wenige Minuten unter kräftigem Wasserstrahl und nun können wir das Bild sofort naß auf Karton ziehen oder, nachdem es in Alkohol schnell getrocknet, dem Krankenjournal oder den Unfallakten beiheften. Auf diese Weise ist es möglich, dem Direktor einer Klinik, eines Hospitals oder auch dem Reichsversicherungsamt das Ergebnis einer Röntgenuntersuchung, falls es darauf ankommt, in weniger als einer Stunde schwarz auf weiß zu präsentieren! Dabei mag es für den Laien einigermaßen willkommen sein, daß die Knochen, auf deren Darstellung es hier meist ankommen wird, in ihrer natürlichen Weiße erscheinen. Denn wir haben auf dem Bromsilberpapier ein Positiv vor uns. Beim Plattenverfahren muß hingegen erst ein Abzug angefertigt werden, wenn für Krankenjournal oder Unfallsakten Röntgenbilder verlangt werden. Das verzögert und verteuert die Sache wesentlich.

Vervielfältigen läßt sich das Bromsilberpapierbild freilich nicht. Indessen können wir zwei oder sogar drei Papierflächen übereinander in die lichtdichte Tasche schieben und miteinander exponieren. Wir erhalten auf diese Weise zwei oder drei ungefähr gleich gute und kräftige Röntgogramme des zu untersuchenden Objekts.

Die Belichtungszeit angehend, so ist dieselbe beim Bromsilberpapier Stolze kaum größer als bei der besten photographischen Platte. Arbeiten wir mit dem großen, ausgezeichnet leistungsfähigen Idealinstrumentarium der Firma Reiniger, Gebbert & Schall oder mit dem Rotax-Rapid-Induktor der Sanitas, so brauchen wir, falls wir eine Stromstärke von 25 Ampere einschalten, bei einem Abstand von 60 cm zwischen Röhre und Objekt folgende Expositionszeiten: für Aufnahmen von Hand und Vorderarm drei Sekunden, Ellbogen fünf Sekunden, Knie seitliche Aufnahme zehn Sekunden, Thorax 25 Sekunden, Schädel und Becken 50 Sekunden. Steht lediglich das sog. Rekordinstrumentarium von Reiniger zur Verfügung: Induktor von nur 30 cm Funkenlänge, ein Apparat, mit welchem ich selbst jahrelang arbeitete und welcher nach meinen Erfahrungen für chirurgische und therapeutische Zwecke vollkommen genügt, so haben wir freilich bei gleichem Röhrenabstand ungefähr fünfmal länger zu exponieren. Indessen bedarf man auch für Plattendiagramme ungefähr der gleich langen Expositionsdauer, falls man jenes kleine, wohlfeile Rekordinstrumentarium verwendet.

Ein ganz besonderer Nutzen dürfte unserem Bromsilberpapierverfahren durch die Einführung der Gelafolie in die Röntgenpraxis erwachsen. Vor Jahren, als das Bromsilberpapier noch nicht in der Güte und Vollendung hergestellt wurde, wie es jetzt geschieht, konnte ich Radiogramme auf Bromsilberpapier überhaupt lediglich unter Zuhilfenahme des Verstärkungsschirms anfertigen. Die zu jener Zeit in den Handel gebrachten Verstärkungsschirme aber waren noch ganz minderwertig, so zwar, daß die mit ihrer Hilfe aufgenommenen Bilder ein starkes Korn aufwiesen. Das machte sie nicht allein unschön, sondern schädigte sie auch in ihrer Schärfe und Deutlichkeit in hohem Grade. Hierzu kam, daß jene Schirme, deren Anschaffungskosten sehr hohe waren, selbst bei vorsichtiger, sachgemäßer Behandlung leicht verdarben.

Die Gelafolie hingegen hat alle diese Fehler nicht. Sie ist tadellos gearbeitet und macht ihre Sache vorzüglich. Von irgendwelchem Korn ist auf den mit ihrer Hilfe aufgenommenen Radiogrammen nichts zu bemerken. Im Gegenteil zeigen sie eine wunderbare Tiefe und ausge-

Arsen-Triferrol

Den Arsenwässern und der Sol. Fowleri vorzuziehen

Zuverlässige, energische Wirkung

bei Neurasthenie, Hysterie
nervösen Erschöpfungszuständen
Anämie, Chlorose, Skrofulose
Hautkrankheiten

Keine Magenstörungen!

Literatur und Proben kostenfrei!

GEHE & Co., A. G., DRESDEN-N.



Bitte wenden!

Wundantisepsis durch Wundaustrocknung

Jede Wunde, auch die unter aseptischen Kautelen gesetzte Operationswunde, muß als keimhaltig angesehen werden

Wer eine Wunde mit stark bakteriziden Mitteln, also mit giftigen Desinfizientien behandelt, schädigt kaum die Bakterien, sicher das Gewebe und erhöht die Gefahr einer Bakterieninvasion

Wer eine Wunde rein aseptisch behandelt, beraubt sich der Möglichkeit, ohne Schaden für die Wunde die Gefahr einer Bakterieninvasion zu verringern.

Ein wirksames Mittel, Bakterienwachstum in Wunden zu verhindern, ohne das lebende Gewebe zu schädigen, ist Austrocknung der Wunde

Noviform vermindert die Sekretion von Wunden und Schleimhäuten und saugt das gebildete Sekret auf

Noviform ist für die Wunde ganz ungiftig und reizlos und schädigt ihre Vitalität in keiner Weise

Die Noviform-Wundbehandlung erfüllt daher die Wünsche des Antiseptikers, ohne die Prinzipien des Aseptikers zu verletzen

Die Noviform-Wundbehandlung ist

Wundantisepsis durch Wundaustrocknung

Weitere klinisch erprobte Präparate der Fabrik pharm. Präparate

Carl Weinreben, Frankfurt a. M.-Süd

PROBILIN-PILLEN

(pilulae probilinae) nach Dr. med. W. Bauermeister

Erprobt und empfohlen zur wirksamen Bekämpfung der Erkrankungen der Gallenwege.

Sie bewirken Anregung des Gallenflusses, Desinfektion der Gallenwege und eine milde Förderung der Darmtätigkeit.

Es gelingt bei systematischer Anwendung derselben nicht nur hartnäckige und anderer Therapie trotzende Fälle durch Beseitigung der Infektion und Gallenstauung zur Heilung (vorsichtiger ausgedrückt zur Latenz) zu bringen, sondern entgegen der Erfahrung, daß z. B. bei anderen Gallensteinmitteln nur „gelegentlich" ein Abgang von Steinen beobachtet wird, ist der Gebrauch der Probilin-Pillen sehr häufig von Steinabgang begleitet.

EUSCLEROL

ein neues Antisclerotikum D. R. G. M. Nr. 138202

welches seit einigen Jahren klinisch erprobt ist, hat sich als ein therapeutisch äußerst wirksames Mittel gegen die Symptome der Arteriosclerose erwiesen.

Eusclerol ist ein Präparat aus Antimonylverbindungen mit Organoextrakten. Die Antimonyle besitzen eine hohe antiphlogistische Wirkung, die Organoextrakte beeinflussen den Cirkulationsapparat und nehmen Anteil an der Regulierung des Stoffwechsels.

Infolge der günstigen Resultate der bisherigen klinischen Versuche empfiehlt sich dringend die Verordnung von „Eusclerol" auch in der ärztlichen Praxis.

PUTTI-PUDER

D. R. G. M. Nr. 70988

Antiseptischer Kinder-, Wund-, Toilette-Puder nach Vorschrift von Dr. med. Karl Marx.

:: :: Putti-Puder beseitigt Wundsein und Feuchtigkeit, Rötung und Jucken der Haut. :: ::

(Für Massage gleich empfehlenswert.) Die höchsten Anforderungen in jeder Hinsicht erfüllend.

CREOBOR

Deutsches Fußstreupulver nach Vorschrift von Dr. med. Karl Marx

D. R. G. M. Nr. 119713 — Oesterreich: Patent Nr. 41342

Spezifikum gegen Fußschweiß und dessen üblen Geruch (auch gegen Wundwerden beim Gehen und Reiten.)

Vorzüge: **CREOBOR ist sehr billig, unschädlich,** härtet den Fuß ab.
CREOBOR ist einfachst in der **Anwendung**: Anfangs täglich einmaliges Einstreuen in Strümpfe und Stiefel, ohne jede Vorbereitung des Fußes, später seltener. Die Strümpfe bleiben weich und geruchlos und werden nicht angegriffen.

CREOBOR ist sicher in der Wirkung innerhalb weniger Tage und auch bei schon wunden Füßen anwendbar.

Von militärischer Seite als „allen anderen ähnlichen Präparaten an Einfachheit der Anwendung und rascher sicherer Wirkung weit voranstehend" bezeichnet.

GUAJACOLARSENPILLEN

(Pilulae arsoguajacolicae) **Nr. 1 und 2**

Neue Guajacolarsenpräparate, derzeit beste und wirksamste Medikamente gegen Lungentuberkulose.

Bei ihrer Anwendung verliert sich der eiterige Auswurf meist gänzlich, das Fieber schwindet, cavernöse Prozesse kommen zum Stillstand, das Körpergewicht nimmt zu.

Muster und Literatur sämtlicher Präparate gratis und franko.

zeichnete Kontraste. Die Gelafolie ist stets, während des Gebrauchs sowohl, als auch in den Arbeitspausen, in einer Kassette eingeschlossen, so daß sie bei einiger Vorsicht und Sachkenntnis sehr lange Zeit intakt und gebrauchsfähig bleibt. In jene Kassette wird vor Beginn der Exposition das Bromsilberpapier neben die Folie, und zwar distal von letzterer, gelegt. Die Kassette vertritt hierbei die Stelle der oben erwähnten lichtdichten Tasche.

Mit Hilfe der Gelafolie wird die Expositionsdauer bei Aufnahme auf Bromsilberpapier ebensogut als bei solcher auf Platte, auf weniger als den vierten Teil reduziert, so daß bei dünnen Objekten geradezu Momentaufnahmen ermöglicht werden.

Zum Schluß darf ich wohl auf die hochwichtige Rolle aufmerksam machen, welche das Bromsilberpapierverfahren für den Fall eines etwaigen Krieges im Feldlazarett und vielleicht sogar auf dem Verbandsplatz, dicht hinter der Front der kämpfenden Heere, zu spielen berufen ist. Das Papier wird und muß die teure, zerbrechliche und schwere Glasplatte sehr bald verdrängen!

Perhydrit.

Unter diesem Namen bringt die Chemische Fabrik von E. Merck (Darmstadt) ein festes, haltbares Wasserstoffsuperoxydpräparat in den Handel. Es ist eine unter Verwendung von Perhydrol, dem chemisch reinen, säurefreien Wasserstoffsuperoxyd, dargestellte Verbindung von Wasserstoffsuperoxyd und Karbamid. Die Bindung des Wasserstoffsuperoxyds ist eine ähnliche, wie z. B. die des Kristallwassers. Beim Auflösen von Perhydrit in Wasser entstehen daher Lösungen, welche alle Reaktionen des Wasserstoffsuperoxyds und auch dessen sonstige Eigenschaften und Wirkungen besitzen.

Darstellung:

Zur Haltbarmachung des aus Perhydrol und Karbamid gewonnenen Präparates (die Verbindung von völlig reinem Wasserstoffsuperoxyd und Karbamid ist nicht haltbar) werden geringe, indifferente Mengen einer acylierten Oxyaminosäure zugesetzt. Die Acylester von Oxyaminosäuren haben sich für diese Zwecke besonders geeignet erwiesen. Sie sind selbst neutrale Körper, vermögen aber etwa vorhandenes Alkali, das z. B. aus dem Glase in das Präparat gelangen und dessen Beständigkeit vermindern kann, unter Abspaltung der Acylgruppe sofort zu neutralisieren. (D. R. P. angem.)

Formel:

$CO(NH_2)_2 + H_2O_2$.

Eigenschaften:

Das Perhydrit bildet ein weißes, an trockener Luft beständiges Kristallpulver, welches sich leicht im Verhältnis von 1:2,5 in Wasser von 15° löst. Die Lösungen haben einen kühlend-salzigen Geschmack. Durch Alkohol wird Perhydrit teilweise in Karbamid und Wasserstoffsuperoxyd zerlegt, ebenso durch Aether. Der Gehalt des Perhydrits an Wasserstoffsuperoxyd beträgt 34—35 pCt. (berechnet 36,1 pCt.). Während im allgemeinen Verbindungen oder Mischungen von Wasserstoffsuperoxyd und organischen Stoffen explosive Eigenschaften besitzen, sind diese bei dem Perhydrit nicht vorhanden. Beim Erhitzen im Reagenzglas zersetzt es sich rasch ohne Detonation unter Entwicklung von Sauerstoff. Auch auf Stoß und Schlag reagiert das Perhydrit nicht.

Identitätsreaktionen:

Eine Lösung von 1 g Perhydrit in 10 ccm Wasser färbt sich nach Zusatz von 1 ccm Kaliumbichromatlösung (1:20) und 1 ccm verdünnter Schwefelsäure (1,110—1,114) intensiv blau. Wird die Mischung mit 10 ccm Aether geschüttelt, so geht die blaue Farbe an den Aether über, während die untere Schicht allmählich eine grüne Farbe annimmt.

Eine Lösung von 1 g Perhydrit in 10 ccm Wasser gibt mit Oxalsäurelösung (1+9) bezw. mit Salpetersäure (1,30) einen kristallinischen Niederschlag von oxalsaurem bezw. salpetersaurem Karbamid. Die Abscheidung wird durch Reiben mit einem Glasstabe beschleunigt.

1 g Perhydrit gibt nach dem Erhitzen auf 160° und Lösen des Rückstandes in 5 ccm Wasser und 1 ccm Natronlauge (1,168—1,172) mit einigen Tropfen Kupfersulfatlösung (1:20) eine violette Färbung.

Die Lösung von 1 g Perhydrit in 20 ccm Wasser wird durch Methylorange schwach gerötet; die Rötung geht nach Zusatz von 1 Tropfen $^1/_{10}$ proz. Normalkalilauge in Gelb über.

Prüfung:

Die Lösung von 1 g Perhydrit in 20 ccm Wasser darf nach Zusatz von 5 ccm Salpetersäure (1,153) durch Silbernitratlösung höchstens eine schwache Opaleszenz zeigen.

Die Lösung von 1 g Perhydrit in 20 ccm Wasser soll nach dem Ansäuern mit Salzsäure weder durch Baryumchloridlösung (1:19), noch durch Schwefelwasserstoffwasser verändert werden.

0,1 g Perhydrit soll sich in 1 ccm Schwefelsäure (1,84) farblos lösen.

0,5 g Perhydrit soll nach dem Verbrennen einen wägbaren Rückstand nicht hinterlassen.

Quantitative Bestimmung:

Man wägt 1 g Perhydrit in ein Meßkölbchen von 100 ccm Inhalt und füllt mit Wasser bis zur Marke auf. 20 ccm dieser Lösung werden mit 50 ccm Wasser verdünnt, mit 40 ccm Schwefelsäure (1,110—1,114) versetzt und mit $^1/_{10}$ proz. Normalkaliumpermanganatlösung titriert. Bis zum Eintritt der Rotfärbung sollten nicht weniger als 40 ccm Permanganatlösung verbraucht werden (entspr. 34 pCt. H_2O_2). 1 ccm $^1/_{10}$ proz. Normalkaliumpermanganatlösung = 0,0017 H_2O_2.

Anwendung:

Das Perhydrit soll zur bequemen Herstellung von Wasserstoffsuperoxydlösungen dienen, und zwar überall da, wo die Mitführung und Benutzung des flüssigen Perhydrols umständlich oder gar unmöglich ist, so z. B. in der ärztlichen Außenpraxis. Hier wird es dem Arzte nicht selten erwünscht sein, das feste Präparat zur Verfügung zu haben und durch einfaches Auflösen in Wasser eine Wasserstoffsuperoxydlösung herstellen zu können, sei es zum schonenden Ablösen eines festklebenden Verbandes, sei es zur Reinigung einer stark verschmutzten oder vernachlässigten Wunde. Ueberhaupt wird sich das leicht transportable Perhydrit zur Unterbringung in ärztlichen Instrumententaschen eignen.

Seine Verwendung kann ferner in Frage kommen, wenn es sich um das Auf- und Einstreuen eines H_2O_2 abgebenden Pulvers, allein oder in Mischung mit anderen Substanzen, handelt.

Auch durch Benutzung von Wasserstoffsuperoxyd auf Reisen, u. a. zur Herstellung von Mund- und Gurgelwässern, dürfte sich das Perhydrit zweckmäßig erweisen.

Perhydrit kommt als Substanz in Gläsern zu 25 und 50 g, sowie als Perhydrittabletten zu 1 g in Packungen zu 10, 25 und 50 Stück in den Handel. Je nach der Stärke der benötigten Lösung ist das Präparat in folgenden Verhältnissen in Wasser zu lösen:

Gew.-Proz. H_2O_2	Perhydrit	Wasser
1 %	1 g	33,3 ccm
	3 „	100,0 „
2 %	2 „	33,3 „
	6 „	100,0 „
3 %	3 „	33,3 „
	9 „	100,0 „
5 %	5 „	33,3 „
	15 „	100,0 „

Zur Beschleunigung der Auflösung, besonders beim Gebrauch der Tabletten, darf die vorherige Erwärmung des Wassers auf 35—40° empfohlen werden, zumal nach den Untersuchungen von Schmidt (Zentralbl. f. Bakteriologie, 1910, Bd. 55) die Desinfektionskraft von Wasserstoffsuperoxydlösungen bei höherer Temperatur wesentlich größer ist.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Pharmakologie und Toxikologie).

Prof. Dr. **Adolf Schmidt** (Halle a. S.): **Chronische diphtherische Infektion der Lungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Vor kurzem wurde von Reye auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen auf das relativ häufige Vorkommen von Diphtheriebacillen in den Lungen während und nach Ablauf der Racheninfektion hingewiesen, teils in bronchopneumonischen Herden, teils in vollständig unveränderten Lungen nach Ablauf der Krankheit. Diese Befunde deuten auf die Möglichkeit hin, daß sich auf der Basis der Diphtherie chronische Veränderungen der Lungen entwickeln können. Verf. hatte in der Tat Gelegenheit, einen Fall chronischer diphtherischer Lungenaffektion zu beobachten, über welchen er in der vorliegenden Mitteilung berichtet. Es handelt sich um eine jetzt 62jährige Frau, bei der die Ausgangsinfektion wahrscheinlich vor etwa 10 Jahren erfolgt war. Seit jener Zeit besteht dauernd Husten und eitrig-schleimiger Auswurf mit periodischen Fieberbewegungen. Im Auswurf fanden sich immer seit ca. 9 Jahren Diphtheriebacillen in Reinkultur, während der Tonsillenabstrich frei davon ist. Tuberkelbacillen fehlen. Der Lungenbefund entspricht dem einer chronischen interstitiellen Pneumonie. Es handelt sich nach dem Ergebnis der Kultur und des Tierversuches um echte avirulente Diphtheriebacillen. Die Therapie, welche in Bettruhe, Umschlägen, periodischer Tieflagerung des Kopfes, Einatmung von Terpentin usw. bestand, hatte keinen Einfluß auf den Zustand.

Dr. **Julius Pick**, k. k. Landessanitätsinspektor in Saaz: **Hämorrhagische Diathese (Angiorhexis alimentaria).** Mitteilungen über eine Epidemie im Saazer Bezirk. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

Wie Verf. berichtet, wurden von März bis Mitte Juni 1912 im Saazer Bezirk in epidemischer Häufung Erkrankungen an hämorrhagischer Diathese beobachtet, im ganzen 34 Fälle. Betroffen waren 33 männliche Personen im Alter von 15 bis 70 Jahren, eine Frau über 70 Jahre. 22 Personen gehörten der Zivilbevölkerung an (Arbeiter, Landwirtschaft), 12 Kranke waren Dragoner aus einer Kaserne. Neben kleineren und größeren oberflächlichen Blutextravasaten in der Haut bildeten sich bei einigen Kranken binnen wenigen Tagen bis handtellergroße, mehr oder weniger pralle Hämorrhagien oberhalb und unterhalb der Kniegelenke, einseitig oder doppelseitig aus. Die Krankheit machte sich subjektiv zumeist durch Schmerzen in den unteren Gliedmaßen, besonders beim Gehen und bei sonstiger Arbeit, bemerkbar. In den Kniegelenken selbst konnten Darmblutungen nicht nachgewiesen werden; die Blutungen oder Infiltrationen hatten ihren Sitz in den äußeren Hüllen. Nur in einem Falle wurde eine leichte Darmblutung beobachtet. Die Körpertemperatur war bei keinem über 37,5° erhöht, das Allgemeinbefinden nicht wesentlich gestört. Meist dauerte der hämorrhagische Zustand 2—3 Monate. Was die Ursache der Erkrankungen anlangt, so sieht Verf. die Ursache in ungewohnter, einseitiger Ernährung. Fast sämtliche Kranke hatten vor dem Ausbruch der Blutungen durch viele Monate Kartoffeln und sonstige Gemüsepflanzen nicht genossen, weil die Kartoffeln und Gemüse im Vorjahre nicht geraten, teuer und minderwertig waren. Die Leute lebten von Kaffee, Brot, Fleisch, namentlich Wurstwaren, Käse und Bier. Es mangelte gerade an den Nahrungsmitteln, die größeren Gehalt an Kalisalzen haben. Die Aetiologie war also ähnlich wie beim Skorbut, obwohl es sich nach Verf. um solchen nicht handelte; denn nur bei wenigen Patienten bestand Lockerung und Schwellung des Zahnfleisches (ohne Blutung und Geschwürsbildung). Eine übertragbare Infektionskrankheit war es nicht. Zwei Kranke starben, der eine, ein 50 jähriger schwerer Potator, an Entkräftung, ein zweiter 73 jähriger an Lungenentzündung.

Privatdozent Dr. med. **Carl Stäubli** (Basel-St. Moritz): **Beitrag zur Kenntnis und zur Therapie des Asthma.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. stellt sich in folgender Weise die Pathogenese des Asthma bronchiale vor: Auf Grund einer meist ererbten konstitutionellen Krankheitsbereitschaft, die beim Asthmatiker in einer Uebererregbarkeit bestimmter, die Bronchialmuskulatur und die Schleimhaut innervierender und zu den Atmungsvorgängen in naher Beziehung stehender Nervenzentren besteht, kommt es, ausgelöst durch die verschiedenartigsten Momente (reflektorische Reize von seiten des Respirationstraktus, des Magen-Darmtraktus, des Genitalapparates, der Haut, durch klimatische Faktoren, Angstvorstellungen und sonstige Aufregungen), zu einer bronchospastischen und vasomotorisch-sekretorischen Verengerung der Bronchien, durch welche die Entlüftung der Alveolen erschwert wird. Dieses führt zu einer Verschiebung der Lungenlüftung nach der oberen Grenze der Vitalkapazität auf Kosten der Komplementärluft. Die Residualluft nimmt zu (Lungenblähung); dabei ist das Ventilationsbedürfnis erhöht. — Was die Therapie des Asthma anlangt, so kommen zunächst allgemeine Faktoren in Betracht. Verf. stellt an die erste Stelle den Berg- und den Reitsport, beides in gemäßigter Art. Bei Bergtouren achte man darauf, daß die ersten 1—2 Stunden möglichst langsam und ruhig gegangen werde. Das Reiten geschehe nur im Freien, nicht in der von Pferde- und Heugeruch erfüllten Manege. Zweckmäßig sind in anfallsfreier Zeit Atemübungen, deren Prinzip die gewollte Abschwächung, aber möglichste Verlängerung der Exspiration ist. Ferner spielt die psychische Behandlung eine Rolle. Der Patient ist von seinem Leiden abzulenken; ferner sind Aufregungen etc. von ihm fernzuhalten. Der Asthmatiker soll möglichst eine seiner Veranlagung entsprechende geistige Betätigung sich verschaffen. Schädlichkeiten, die erfahrungsgemäß Anfälle auslösen, sind so viel als möglich auszuschalten. Sehr wohltätig wirkt der Aufenthalt im Hochgebirge. Man sollte gleich möglichst hoch, d. h. in Höhen von 1400—1500 m, gehen. Dort fühlen sich die meisten Asthmatiker frei von ihrem Leiden. Ausnahmen kommen vor. Eine ähnliche Wirkung wie das Höhenklima scheint das Wüstenklima zu haben. Nur von einem längeren Aufenthalte ist bleibende Beeinflussung zu erwarten. — Erfolge hat neuerdings auch die medikamentöse Behandlung des Asthma erzielt, und zwar besonders durch Anwendung des Adrenalin. Vor allem wirkt das Adrenalin bei subkutaner Applikation; 0,5 bis 1 ccm der 1 prom. Lösung coupieren oft, subkutan injiziert, die schwersten Anfälle. Auch auf dem Wege der Inhalation wird von einigen Autoren Adrenalin zugeführt. Um adrenalinhaltige Flüssigkeiten inhalieren zu lassen, konstruierte Verf. einen kleinen, handlichen Inhalationsapparat, den der Patient immer mit sich führen kann. Der Apparat besteht aus einem Glasgefäß mit mehreren Ansätzen und einem Gummigebläse. Folgende Inhalationsflüssigkeit hat sich Verf. zur Bekämpfung schwerer Anfälle, bei starken, bronchospastischen Erscheinungen am besten bewährt:

Adrenalin (1 : 1000)		9 ccm
Solut. Atropin. sulfuric.	0,1	1 ccm
Cocain muriatic.	0,25	
Aq. dest.	10,0	

oder man gibt direkt in den Inhalationsapparat von der Adrenalinlösung 18 Tropfen, von der Atropin-Kokainlösung 2 Tropfen. Um mit dem Apparat 1 ccm Flüssigkeit zu vernebeln, sind ungefähr 1500 Ballonkompressionen notwendig. Zum Coupieren eines leichten Asthmaanfalles genügen etwa 60 Kompressionen, d. h. etwa $^1/_{25}$ ccm der obigen Flüssigkeit. Bei schwachen Anfällen und als Vorbeugungsmittel empfiehlt sich als Inhalationsflüssigkeit die gewöhnliche, 1 prom. Adrenalinlösung. Für diese hat Verf. einen zweiten Inhalationsapparat mit noch feinerer Vernebelung konstruiert. — Die Wirkung der Inhalation äußert sich objektiv darin, daß oft auffallend rasch (d. h. binnen wenigen Minuten) die pfeifenden und giemenden Geräusche sich vermindern oder verschwinden, daß die Hautfarbe sich bessert und die Atemfrequenz sinkt, wobei die Dauer des Inspiriums zunimmt, diejenige des Exspiriums abnimmt. Subjektiv fühlt sich der Patient wie befreit; nachts stellt sich meist rasch Müdigkeit und ein wohltuender Schlaf ein. Nebenwirkungen treten selbst bei häufigem Gebrauch der Inhalationen nicht ein. Wenig ausgeprägt war der Erfolg bei Patienten, bei denen sich ein eigentlicher Status asthmaticus ausgebildet hatte. Dagegen bewährten sich die Inhalationen besonders bei Patienten, die im Hochgebirge von solchen Zuständen befreit und daselbst körperlich erstarkt waren und bei denen es nur darauf ankam, bei der Rückkehr ins Tiefland dem Wiederauftreten der Anfälle von vornherein vorzubeugen. R. L.

Prof. Dr. C. **Mannich** und Dr. L. **Schwedes**: **Pantopon.** (Mitteilung aus dem pharmaceutischen Laboratorium der Universität Göttingen; Apotheker-Zeitung, 1913, No. 9.)
Dieselben: Opiopon (ebenda).

Verff. haben auf Veranlassung der Geschäftsstelle des Deutschen Apotheker-Vereins das vor einigen Jahren von Sahli in die Therapie eingeführte und schnell eingebürgerte Pantopon einer analytischen Untersuchung unterzogen. Nach den Intentionen des Autors sollte das Präparat die gesamten Alkaloide des Opiums in Gestalt ihrer salzsauren Salze in reiner Form enthalten. Die nach verschiedenen einander kontrollierenden Methoden von den Autoren mit großer Sorgfalt ausgeführten Bestimmungen ergaben folgende Zusammensetzung des Pantopon:

Kristallwasser	9,5 pCt.
Salzsäure	9,4 „
Mineralbestandteile	0,3 „
Morphin	47,5 „
Narkotin	11,2 „
Codein	6,4 „
Andere Nebenalkaloide des Opiums	10,9 „

Der Rest sind gefärbte, nicht näher charakterisierbare Beimengungen, die zusammen nach dem Vorstehenden nur etwa 5 pCt. ausmachen. — Entsprechend der Angabe der darstellenden Fabrik (F. Hoffmann-La Roche & Co. in Basel-Grenzach) besteht das Pantopon somit in der That im wesentlichen aus den salzsauren Salzen der Opiumalkaloide.

Opiopon, das, was die Namengebung vermuten läßt, wohl als ein Ersatzpräparat des Pantopon gedacht ist und von der Firma Hoeckert & Michalowsky (Berlin-Neukölln) in den Handel gebracht wird, ergab — es wurden zwei aus verschiedenen Zeiten stammende Proben, I und II, untersucht — für diese folgende Zusammensetzungen:

I.		II.	
Wasser	5,13 pCt.	Wasser	5,1 pCt.
Salzsäure	11,95 „	Mineralbestandteile	7,3 „
Mineralbestandteile	5,52 „	Nebenalkaloide	25,8 „
Nebenalkaloide	15,20 „	Morphin	20,9 „
Morphin	48,40 „	Flüchtige Basen als Ammoniumchlorid	13,4 „

Diese Analysen beweisen, daß das Opiopon in seiner Zusammensetzung sehr ungleichmäßig ist, was natürlich bei einem starkwirkenden Präparat absolut unzulässig ist. Auch vom Pantopon ist das Präparat sehr verschieden und daher keinenfalls als ein Ersatzpräparat desselben zu betrachten. L.

Privatdozent Dr. **Carl Stäubli** (Basel-St. Moritz): **Beobachtungen über Arsenüberempfindlichkeit.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

Verf. berichtet über zwei Patienten, welche die Erscheinung der Arsenüberempfindlichkeit zeigten. Beide Kranke, ein 52 jähriger Mann und eine 36 jährige Frau, hatten schon früher, und zwar der Patient eine, die Patientin

24 subkutane Injektionen von Natr. kakodylic. 0,05 ohne lokale oder allgemeine Reaktion erhalten. Jetzt, bei der Reinjektion, trat bei beiden eine heftige Reaktion auf, die sich äußerte in einer ausgedehnten lokalen entzündlichen Schwellung, in Temperaturerhöhung (bis 38,9°), allgemeinem Krankheitsgefühl, Kopfschmerz, diffusen Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, in dem einen Falle auch in Atembeschwerden. Diese Reaktion trat auch bei weiteren wiederholten Injektionen auf. Bei der Patientin ergab auch die mit Natr. kakodylic. vorgenommene Kutanreaktion ein positives Resultat.

Marine-Stabsarzt Dr. **Eichler**: **Schwere Arsenikvergiftung nach Salvarsaninfusion.** (Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 52.)

Verf. berichtet über eine schwere Vergiftung durch Salvarsan bei einem Matrosen, die unter dem Bilde der Arsenvergiftung verlief. Der betreffende Kranke war schon früher mit Hg (erst Schmierkur, später Kalomelspritzkur) behandelt worden und hatte dann eine erstmalige intravenöse Infusion von 0,4 g Salvarsan ohne jegliche Nebenerscheinungen erhalten. 7 Tage später erhielt er eine zweite intravenöse Infusion von 0,5 g Salvarsan. Schon kurze Zeit darauf traten schwere Vergiftungserscheinungen auf: unstillbares Erbrechen, zahlreiche mit grünlichen Schleimflocken vermischte Stühle, scharlachartiger Hautausschlag, schwere akute Nierenentzündung, Benommenheit. Ein „Wasserfehler“ lag nicht vor, da Verf. das benutzte Wasser selbst destilliert und die Kochsalzlösung dann noch 30 Min. lang ausgekocht hatte und außerdem ein anderer Patient mit demselben destillierten Wasser ohne jegliche Folgeerscheinungen gleichzeitig intravenös behandelt wurde. Uebrigens ging die Vergiftung in 14 Tagen in Heilung aus. Verf. nimmt an, daß in diesem Falle die Vergiftung durch eine Kumulation des Arseniks hervorgerufen worden war. R. L.

Chirurgie (einschl. Urologie.)

Dr. **Theodor Wohrizek**: **Fersen- und Sohlenschmerz.** (Prager med. Wochenschr., 1912, No. 48.)

Als häufigste Ursache des Fersenschmerzes ist der Plattfuß bekannt. Dahin ist auch unser Augenmerk zunächst zu richten, wenn sich Patienten mit der Klage über Fersenschmerz an uns wenden. Abgesehen von ostitischen und periostitischen Erkrankungen, welche in jeder Form das Fersenbein treffen können, abgesehen ferner von Beschwerden, welche von Verletzungen und Lähmungen und damit zusammenhängenden Stellungsänderungen herrühren, kennen wir an der Ferse Affektionen, welche den Charakter einer typischen Lokalerkrankung tragen. Wir bezeichnen sie mit dem allgemeinen Namen Achillodynie und Tarsalgie, je nach der Lage der Erkrankung. Es handelt sich gewöhnlich um entzündliche und exsudative Prozesse des Endstückes der Achillessehne und deren Aponeurose an der Tuberositas calcanei einerseits oder des Flexor digitorum com. brevis am Tuber calcanei andererseits. Die Tarsalgie kann einen recht beträchtlichen Grad erreichen, ohne uns bei einfacher Untersuchung ihre Ursache deutlich erkennen zu lassen. So kommt es, daß eine besondere Ursache der Tarsalgie erst mit der Röntgenära genau bekannt wurde. Es ist dies der Calcaneussporn, der in den letzten Jahren Gegenstand vielseitiger Besprechungen und radiographischer Abbildungen war und als Erkrankung sui generis angesehen wird. Die Spornbildung ist eine Affektion von schleichender Entwicklung, welche lange bestehen kann, ohne Beschwerden zu verursachen; wir stoßen auf sie auch als Zufallsbefund. Die Entstehung des Schmerzes ist auf die Abflachung des Fußgewölbes, welche im späteren Lebensalter so häufig ist, zurückzuführen. Der bis dahin zur Sohle parallel gestellte Sporn bekommt dann eine zu den Weichteilen der Ferse steile Richtung und damit setzen die Beschwerden ein.

Die Behandlung des Calcaneusspornes bewegt sich in mehrfacher Richtung. Lokale Wärmeapplikation (Heißluft) und Massage kann den Prozeß im Anfangsstadium günstig beeinflussen. Korrekturstellung des Calcaneus mittels entsprechend gebauter Schuheinlagen, welche auch gefenstert werden können, strebt als palliative Maßnahme schmerzfreies Gehen an. In besonders hartnäckigen Fällen, wenn der Sporn den Charakter einer harten, langgezogenen Exostose angenommen hat, erübrigt als letztes Mittel die Abmeißelung.

Patienten mit Calcaneussporn klagen mitunter über gleichzeitigen Sohlenschmerz. Der Sohlenschmerz kommt jedoch auch für sich allein vor. Wenn wir die Sohle abtasten, so finden wir sie übersät mit kleinen, harten, bald körnigen, bald spitzen Exkreszenzen, welche in der Fascia plantaris und an den Sehnenscheiden des kurzen Beugers und des Abductor hallucis eingelagert sind. Die hiervon herrührenden Schmerzen können einen bedeutenden Grad erreichen. Hier ist die Heißluftbehandlung und Massage von günstigem Einfluß.

Verf. betrachtet die besprochenen Affektionen als arthritische Ablagerungen. Aehnliche Infiltrate entstehen nach seiner Beobachtung auch in unmittelbarem Anschluß an akute Erkrankungen, wie Rheumatismus, Gonorrhoe und besonders Influenza. Hier ist anfangs Ruhe angezeigt und von resorptionsfördernden Mitteln Gebrauch zu machen. Kr.

G. **Freiherr v. Saar**: **Ueber pleurogene Extremitätenreflexe** [vergl. Allg. Med. Central-Ztg., 1912, S. 440]. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Mitteilung zweier Fälle mit traumatogenen Reflexlähmungen, von denen der eine in die Gruppe zu rangieren ist, die Armlähmungen nach Brustschüssen umfaßt. Diese Lähmungen kommen ohne Verletzung des Plexus brachialis auf rein reflektorischem Wege zustande, ohne daß es möglich wäre, eine allseitig befriedigende Erklärung ihres Zustandekommens zu geben.

Der zweite mitgeteilte Fall gehört in die Gruppe der sog. „Pleurareflexe“, wie sie nach Pleurapunktionen und sonstigen geringfügigen Eingriffen im Bereiche der Pleura vorkommen. Dieser Reflex besteht in motorischen Reizerscheinungen (Krämpfen und Kollaps) und wird, wie Tierversuche ergaben, nicht durch die seröse Haut als solche, sondern durch die in und unter ihr verlaufenden Nerven fortgeleitet; diese Reizerscheinungen bilden die Antagonisten zu den Lähmungserscheinungen nach Brustschüssen.

Hans v. Haberer: **Traumatische Ventrikelcyste, Deckung des eröffneten Ventrikels durch Fascie.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Mitteilung eines Falles (11 jähriger Knabe), bei dem nach Sturz auf den Kopf sich spastische Hemiparese der linken Körperseite, Krampfanfälle, Kopfschmerzen und Zurückgehen der geistigen Fähigkeiten entwickelten. Die Trepanation ergab eine traumatische Ventrikelcyste, d. h. „einen maximal erweiterten Ventrikel, dessen Wände durch Narbenzug segelartig ausgespannt waren“. Den durch Entleerung der Cyste entstandenen Hohlraum deckte Verf., da infolge der starken narbigen Verwachsungen eine Duraplastik nicht angängig war, mittels eines frei aus dem Oberschenkel transplantierten Fascienlappens zu. Es wurde dadurch nicht nur die Cyste zur Verödung gebracht, sondern es schwanden auch die Kopfschmerzen und die Konvulsionen; ebenso hoben sich die geistigen Fähigkeiten wieder, während die spastische Hemiparese fortbestand. Adler (Berlin-Pankow).

Regimentsarzt Dr. **Eugen Brodfeld**, Abteilungschefarzt im Garnisonsspital No. 15 in Krakau: **Harnröhrenentzündungen nichtgonorrhoischer Natur.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 6.)

Reize, hervorgerufen durch chemische, mechanische, thermische und bakterielle Einwirkung, sind die häufigsten Ursachen derartiger Harnröhrenentzündungen. Von den durch chemische Agentien hervorgerufenen Urethritiden sind in erster Linie jene zu nennen, die infolge präventiver Injektionen post coitum durch stark konzentrierte Lösungen hervorgebracht werden. Hier sind auch anzuschließen diejenigen Urethritiden, welche lange Zeit nach Behandlung einer Gonorrhoe zurückbleiben, infolge zu langer und forcierter Behandlung der letzteren. Durch Verwechslung von Injektionsflüssigkeiten, sei es durch den Patienten selbst oder durch das Wartepersonal, werden, wenn auch selten, Urethritiden heftiger Art infolge Verätzung erzeugt, die auch zu Strikturen führen können. Bekannt sind solche Verätzungen mit Karbolsäure, Sublimatlösungen, Jodtinktur und Alcohol absolutus. Bei den durch präventive Injektionen hervorgerufenen Katarrhen ist natürlich Aussetzung des Mittels anzustreben. Bei Verätzungen der Harnröhrenschleimhaut empfehlen sich feuchte Umschläge, eventuell Spülungen mit leichten Kaliumpermanganatlösungen. Traumen, sowohl größere als auch kleinere, können durch mechanische Einwirkung einen Entzündungszustand der Harnröhre mit Ausfluß bewirken. Derartige traumatische Urethritiden kommen infolge Verletzungen und Reizungen bei nicht sachgemäßem Katheterisieren, Bougieren, beim Durchgange von Nieren- und Blasenkonkrementen durch die Harnröhre, besonders, wenn letztere spitzig sind, zustande. Die Mehrzahl derselben wird aber bei masturbatorischen Spielereien hervorgebracht; sowohl weiche als auch harte zu diesem Zwecke in die Harnröhre eingeführte Gegenstände bewirken einen Reiz mit Sekretion. Die Therapie soll eine negative sein, natürlich bei Ausschaltung der reizenden Ursache. Höchstens bei den genannten Konkrementen muß man, um sie rascher herauszubringen, stark diuretisch wirken durch reichliche Flüssigkeitsaufnahme, dünnen Tee, Milch oder gewöhnliches Wasser, eventuell Säuerlinge. Durch thermische Einwirkung wird nur in seltenen Fällen eine Urethritis hervorgerufen; dagegen sind die durch bakterielle Einwirkung hervorgebrachten häufig. Bekannt ist, daß nach einem Verkehr mit Menstruierten oder leukorrhoischen Individuen ein geringfügiger Katarrh entstehen kann, welcher spontan heilt. Das Fehlen von Gonokokken, respektive der Nachweis anderer Keime ist in solchen Fällen entscheidend. Die Schmerzen sind gering, der Ausfluß meist schleimig-eitrig. Zu dieser Gruppe gehören ferner die Katarrhe, die durch ein in der Urethra befindliches Ulcus molle oder durum entstehen. Nachweis der spezifischen Erreger dieser Geschwüre sowie das Verhalten der regionären Drüsen ist entscheidend. Auch bei Effloreszenzen auf der Urethralschleimhaut infolge Syphilis kommen schleimig-eitrige, wenig

sezernierende Katarrhe vor. Bei Katarrhen infolge Ulcera der Harnblase sind Jodoformstäbchen (Jodoformii 2,0, Butyr. Cacao q. s. u. f. Bacilli urethral. No. X — zweimal täglich ein Stäbchen) enmpfehlenswert. Endlich ist hier noch die Urorrhoea ex libidine zu erwähnen; bei Personen, deren Harnröhrenschleimhaut infolge überstandener Gonorrhoe oder infolge Onanie gereizt ist, aber auch ohne diese Disposition, kommt es manchmal infolge längerer geschlechtlicher Erregung zu einer wasserklaren schleimigen Sekretion, welche bei geringen Graden nur als Tropfen in dem Orificium externum sich präsentiert. Mikroskopisch finden sich im Sekret Schleimkügelchen, Epithelien, auch Kokken, jedoch keine Gonokokken oder Eiterzellen. Die Therapie ist in leichten Fällen eine negative; bei längerdauernder Sekretion empfiehlt Finger einige Injektionen schwarzer Sublimatlösungen (1:4000). Kr.

Gynäkologie.

Dr. **Dor** und Dr. **Moiroud**, Spitalassistenten in Marseille: **Ueber Hämaturie in der Schwangerschaft.** (Allgem. Wiener med. Ztg., 1913, No. 6.)

Man kann Hämaturien in allen Perioden der Schwangerschaft beobachten, aber vorzugsweise ist dies in den letzten vier Monaten der Schwangerschaft der Fall. Die Dauer der Hämaturien ist verschieden; sie können mehrere Tage anhalten, aber auch mehrere Monate oder intermittierend auftreten, aber so oft sie sich auch wiederholen, immer hören sie im Wochenbett auf. Was die Menge des Blutes betrifft, so ist sie zuweilen so gering, daß sie den Urin kaum rötet; meist ist der Blutverlust ein großer und bei gewissen Kranken führt die Anämie zum Tode. In den meisten Fällen gesellt sich zu der Hämorrhagie kein weiteres Symptom. Die Blase erscheint normal und die Niere weist keine Empfindlichkeit auf. Die Untersuchung des Harns bestätigt die Integrität des Harnapparates. Bei einer in einem derartigen Falle vorgenommenen Nephrektomie konstatierte man nur eine einfache Nierenkongestion. Die cystoskopische Untersuchung ergibt, wenn sie möglich ist, interessanten Nachweis über die Ausgangsstelle der Blutung. In gewissen Fällen verhält es sich aber anders. Wenn das sich reichlich ergießende Blut koaguliert, so behindert es die Harnentleerung. Man kann dann eine Distension des Nierengewebes finden. Die Passage des Blutgerinnsels bewirkt in den Ureteren heftige Schmerzen, ähnlich wie bei der Nierenkolik. Der Urin enthält dann zylindrische Klumpen von ziemlicher Länge. Die Formation von zahlreichen voluminösen Blutklumpen in der Blase führt zur Blasenretention. Es entsteht eine enorme Ausdehnung der Blase; die Kranke wird von Tenesmus und heftigen Schmerzen geplagt. Aetiologisch muß man Blutungen vesikalen und solche renalen Ursprungs auseinanderhalten. Was die Hämaturien vesikalen Ursprungs betrifft, so stehen heutzutage zwei Tatsachen als bewiesen fest: a) Die Schwangerschaft bewirkt einen Kongestionszustand der Harnblase mit vesikalen Varices; b) durch die Retention, die sie oft herbeiführt, und die Cystitis, die sich hinzugesellt, schafft sie die Bedingungen einer besonderen Vulnerabilität der Blasenschleimhaut. Man weiß in der Tat, daß die Schwangerschaft eine innere Kongestion aller Organe des kleinen Beckens bewirkt; in der Blase ist diese Kongestion besonders ausgeprägt. Man begreift, daß unter gewissen Umständen, die oft von einem Trauma begünstigt werden (Stoß, Anstrengung), die Hämaturie leicht eintreten kann. Was die Blutungen renalen Ursprungs betrifft, so spielt auch da das kongestive Element eine erste Rolle; begünstigt wird es häufig durch Harnretention, welche eine Kompression der Ureteren verursacht. Die Diagnose ist nicht immer leicht zu stellen, denn bei einer schwangeren Frau denkt man stets an eine Blutung genitalen Ursprungs. Manchmal ist die Diagnose evident, denn man konstatiert von allem Anfang an andere ätiologische Momente als die Schwangerschaft, welche hinreichend sind, alles zu erklären: das ist der Fall bei einem schweren abdominalen oder lumbalen Trauma, der offenkundigen Koexistenz einer Affektion der Harnwege (Tuberkulose, Stein, Tumor der Blase oder Niere), einer Intoxikation oder einer febrilen hämaturischen Affektion. Ein anderes Mal wieder ist die Diagnose zweifelhaft und man muß in einem solchen Falle in sicherer Weise alle Affektionen des Harnapparates auszuschalten trachten, um zu der bestimmten Behauptung zu gelangen, daß die Schwangerschaft allein als ätiologischer Faktor anzusehen sei. Nach Ausschaltung der Lithiasis, der Nephritis ist die Nierentuberkulose vielleicht am schwierigsten als Ursache der Hämaturie festzustellen. — In der bei weitem größeren Zahl der Fälle ist die Prognose günstig. Ist die Blutung eine leichte, so ist die erste Verhaltungsmaßregel, die Kranke Ruhe pflegen zu lassen. Ist die Blutung sehr reichlich, so ist dies Mittel wirkungslos. Kommt das Blut aus der Blase, so genügt meistenteils die wiederholte Aspiration der Blutklumpen, so oft es nötig erscheint. Man muß aber sicher sein, daß die Befürchtung einer Blasenruptur nicht vorhanden ist. In schweren Fällen ist die Sectio alta indiziert. Sie gestattet, die Läsion direkt in Angriff zu nehmen und eine wirkliche Tamponade der Blase vorzunehmen. Kommt das Blut aus der Niere, wäre unter den chirurgischen Mitteln vielleicht die Nephrektomie oder die Dekapsulation anzuwenden, die dadurch, daß sie den kongestiven Zustand der Niere aufheben, der Hämorrhagie Einhalt tun, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen. Wo dieser chirurgische Eingriff schwierig ist, entsteht die Frage, ob man die vorzeitige Geburt einleiten soll. Kr.

Prof. **E. Meyer** (Königsberg i. Pr.): **Zur Frage des künstlichen Aborts bei psychischen Störungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Bei den sogenannten funktionellen Psychosen, d. h. bei den großen Gruppen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox, kommt, wie Verf. mit der Mehrzahl der Autoren betont, die Einleitung des künstlichen Aborts so gut wie nie in Frage, da eine Besserung dieser Formen geistiger Störung durch Unterbrechung der Schwangerschaft erfahrungsgemäß nicht eintritt. Im Gebiete der geistigen Störungen kommt der künstliche Abort so gut wie ausschließlich bei den recht seltenen schweren Formen der Depression der Psychopathen in Betracht. Stets muß man sich vorher nach genauer Beobachtung und Versuch der Behandlung davon überzeugen, daß das Fortbestehen der Schwangerschaft die dringende Gefahr einer dauernden ernsten psychischen Störung mit sich bringen würde, die auf keine andere Weise zu beseitigen wäre, und von der mit Bestimmtheit zu erwarten ist, daß sie durch die Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt resp. für die Dauer wesentlich gebessert wird. R. L.

Ophthalmologie.

Dr. **C. Credé-Hörder** (Berlin): **Ueber die Spätinfektion der Ophthalmoblennorrhoe.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Ein Teil aller Ophthalmoblennorrhöen der Neugeborenen, etwa 20 pCt., sind sogen. Spätinfektionen, d. h. sie brechen erst vom 5. Tage nach der Geburt aus. Bisher nahm man an, daß diese Spätinfektionen durch Uebertragung der Krankheitserreger auf indirektem Wege, nämlich von den erkrankten Genitalien der Mutter durch die Hände der Mutter, durch die Hände der Pflegerin, durch infizierte Wäsche usw. in das Auge des Kindes entstehen. Für viele Fälle von Spätinfektion mag dies zutreffen. Doch kommen auch Fälle von Spätinfektion an Blennorrhoe bei Kindern vor, die direkt nach der Geburt von der Mutter getrennt wurden und in denen eine indirekte Uebertragung ausgeschlossen werden kann. Nach Verf. muß man zur Erklärung derartiger Fälle annehmen, daß Gonokokken sub partu ins Auge gelangen und sich dort längere Zeit aufhalten können, ohne sichtbare Krankheitserscheinungen zu verursachen. Speziell die Meibomschen Drüsen kommen hier in Betracht; sie können den Gonokokken Schlupfwinkel bieten, in ihnen können sich diese vermehren, bis es zur eitrigen Sekretion kommt, durch welche die Gonokokken dann auf die Conjunctiva gelangen und dort zur Blennorrhoe führen. Verf. führt speziell zwei Fälle aus seiner Beobachtung an, in denen er diese Entstehung der Spätinfektion annimmt. R. L.

Hygiene.

Prof. Dr. **K. B. Lehmann** (Würzburg): **Die wirksamen und wertvollen Bestandteile des Kaffeegetränks, mit besonderer Berücksichtigung des coffeinfreien Kaffees HAG und des Thumkaffees.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 6 u. 7.)

In der ausführlichen Arbeit gibt Verf. zunächst einen Ueberblick über die Chemie der wirksamen Stoffe des Kaffees, soweit sie bisher erforscht ist, und bespricht dann die Wirkung der einzelnen Kaffeebestandteile, teils auf Grund von neuen Versuchen, die er an einer Reihe gesunder Menschen angestellt hat, teils auf Grund früherer Untersuchungen anderer Autoren. Es wurden zunächst Versuche mit normal geröstetem coffeinhaltigem Kaffee angestellt, ferner Versuche mit dem coffeinfreien Kaffee HAG, bei dem das Coffein bis auf 0,1 pCt. dem Kaffee entzogen ist. Es ergab sich hierbei speziell bei der Mehrzahl der Versuchspersonen, daß coffeinfreier Kaffee in den größten Dosen (bis Extrakt aus 100 g) keine Giftwirkung ausübt; Atmung, Puls, Schlaf blieben absolut unbeeinflußt. Auch die diuretische, nierenreizende Wirkung des Vollkaffees fehlt dem coffeinfreien Kaffee vollständig. Für die Mehrzahl der gesunden Menschen ist nach Verf. ferner der übliche Kaffee ohne schädliche Wirkung auf die Magenfunktion. — Weiter stellte Verf. nach der stalagmometrischen Methode sowohl wie durch Versuche an Menschen fest, daß dem Thumkaffee vor anderem ordentlich behandelten Kaffee praktisch kein Vorzug zukommt, und daß die Thumsche Reinigung der Kaffeebohnen kein Produkt von besonderen hygienischen Eigenschaften liefert. Alles in allem also bleibt die Tatsache bestehen, daß das Coffein die einzig kräftig und gelegentlich toxisch wirkende Substanz im Kaffee ist, und daß die flüchtigen Röstprodukte zwar für den Geruch und Geschmack sehr wichtig sind, daß aber weder ihnen noch den unflüchtigen Röstprodukten in den üblichen Dosen eine wesentlich zentrale Wirkung

zukommt wie dem Coffein. In praktischer Hinsicht zieht Verf. aus diesen Ergebnissen die Folgerung: Wer in voller Gesundheit Kaffee trinkt, um seine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit vorübergehend energisch zu verbessern resp. zu verlängern, wer ein Nervensystem hat, das nach der vermehrten Leistung unter der Kaffeewirkung (Coffeinwirkung) leicht immer wieder zum Zustand der Ruhe zurückkehrt, der wird natürlich coffeinhaltigen Kaffee wählen. Wer aber aus Erfahrung weiß, daß ihm coffeinhaltige Getränke Kongestionen machen, Herzklopfen erzeugen, den Schlaf rauben, der kann im coffeinfreien Kaffee einen wertvollen Ersatz finden, ein Surrogat, das ihm die ganze Symbolik der gemütlichen Kaffeestunde läßt, ihm den ganzen Wohlgeschmack des Originalgetränkes übermittelt, ohne irgendwie zu schaden. Ferner werden diejenigen coffeinfreien Kaffee trinken müssen, welchen, wie Herzkranken, Nierenkranken, Gichtikern, coffeinhaltige Getränke direkt gesundheitsschädlich sind. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiet der Therapie.

Medikamentöse Therapie (interne und externe).

1. Zahnarzt **Gustav Steinkamm** (Leipzig): **Ueber Bedeutung und therapeutische Verwertung der Rhodanverbindungen.** (Zahnärztl. Rundschau, 1912, No. 19.)
2. Hofzahnarzt **A. Lohmann** (Cassel): **Beobachtungen über die Giftigkeit der Rhodanalkalisalze.** (Zahnärztl. Rundschau, 1912, No. 52.)
3. Dr. med. **Arthur Scheuer**, Zahnarzt in Teplitz-Schönau: **„Rhodalzid“.** Seine Wichtigkeit für die Zahnheilkunde und seine Zukunft für die innere Medizin. (Prager med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)
4. Dr. **Männich** (Schönebeck a. E.): **Ueber Rhodalzid.** (Deutsche Zahnärztl. Wochenschr., Jahrg. 15, No. 33.)
5. Zahnarzt **Meyer** (Steglitz): **Erfolge mit Rhodalzid.** (Deutsche Zahnärztl. Wochenschr., Jahrg. 15, No. 36.)
6. Dr. med. **Curt Schubert**, Spezialarzt f. Ohr, Nase, Hals, in Cassel: **Erfolge mit „Rhodalzid“.** (Die Therapie der Gegenwart, 1912, Heft 7.)

Für die Zahnheilkunde hat das Vorkommen von Rhodansalzen im Speichel insofern das größte Interesse, als der Speichelrhodangehalt in Beziehung zur Zahnkaries steht. Wir wissen, daß wir durch Darreichung geeigneter Rhodanpräparate ein Prophylakticum gegen Karies und ein Heilmittel gegen Stomatitiden und Glossitiden usw. haben. Wenn die Rhodansalze im Speichel vorhanden sind, befinden sich die Schleimhäute in gesundem Zustande. Der zähflüssige, „fadenziehende“ Speichel wird klar und die schädigende Wirkung des Mucins aufgehoben. Wenn die bisher verordneten Rhodanverbindungen sich keiner allgemeinen Anwendung erfreuen durften, so lag dies an den zutagetretenden toxischen Erscheinungen oder ungünstigen Nebenwirkungen, hauptsächlich dadurch hervorgerufen, daß im sauren Speichel und Magensaft das Rhodansalz gespalten und die so giftige ätzende Rhodanwasserstoffsäure gebildet wurde. Unter Berücksichtigung dieser wichtigen Momente gelang es Lohmann in Verbindung mit Nerking, eine Rhodanverbindung herzustellen, die die wichtigen therapeutischen Eigenschaften der Rhodansalze, aber keine giftige Nebenerscheinung hat. So entstand das „Rhodalzid“, ein Rhodaneiweißpräparat von bestimmtem, stets gleichbleibendem Rhodangehalt. Da es in Wasser nur zum Teil löslich ist und mit den im menschlichen Organismus vorkommenden Säuren kein HCNS abspaltet, war es den anderen Rhodanverbindungen durch seine Ungiftigkeit und vollkommenere Wirkung bei weitem überlegen. Rhodalzid wird in Tablettenform in den Handel gebracht. (Jede Tablette wiegt 0,25 g und enthält 0,048 g gebundene Rhodanwasserstoffsäure [Fabrikant: Chemische Fabrik Reisholz, G. m. b. H., Reisholz bei Düsseldorf].) Seine Ungiftigkeit ist durch Versuche an Menschen und Tieren bewiesen. Das Vorkommen von Rhodansalzen im Speichel wird durch mannigfache Prüfungen nachgewiesen. Unter dem Namen Dr. Evers Rhodanmeter bringt die Chemische Fabrik Reisholz bei Düsseldorf ein auf normalen Speichel-Rhodangehalt eingestelltes Jodsäure-Stärkepapier in den Handel. An einer beigefügten Farbenskala kann man vergleichen, ob der Rhodangehalt normal oder zu gering ist. Steinkamm (1) hatte häufig Gelegenheit, zu konstatieren, daß durch die Darreichung von Rhodalzid die Kariesfestigkeit nicht nur wesentlich erhöht wurde, sondern auch, daß die Karies völlig aufhörte und sich sogar „Schutz-Dentin“ bildete. Bei den mancherlei Arten der Stomatitis hat sich Rhodalzid glänzend bewährt. Steinkamm hat eine große Anzahl von Entzündungen der Mundschleimhaut behandelt, namentlich solche mit Ulcerationen, die vergeblich mit antiseptischen Mundwässern, Pyocyanase und Kauterisationen behandelt wurden und durch das Einnehmen von Rhodalzid baldige Heilung erfuhren. Ein gleiches gilt von dem so häufig mit Schlingbeschwerden verbundenen Durchbruch der unteren dritten Molaren.

Die Schleimhaut der Mundhöhle ist nur dann völlig gesund, wenn genügende rhodanhaltige Speichelmenge produziert wird; bei mangelhaftem Speichelfluß treten Entzündungserscheinungen ein; die Zähne werden weich und zerfallen. Daß die Rhodansalze einen merklichen Einfluß auf die Speichelsekretion haben, ist eine bekannte Tatsache. Zur Zeit der Schwangerschaft, wo so oft überschüssiges Mucin entkalkend wirkt und Rhodan im Speichel fehlt, bei Gicht, bei Erkrankungen der Schilddrüse, bei Ernährungsstörungen, ist die Verabreichung von Rhodalzid in vielen Fällen geboten. Bei Pyorrhoea alveolaris wirkt es nicht nur gewebsanregend, sondern auch gleichzeitig lösend auf die Kalkkonkremente. Bei schwächlichen und nervösen Kindern mit starkem Zahnverfall, wo wir mitunter gar nicht mehr Füllungen machen können, ist es geradezu als Heilmittel zu betrachten.

A. Lohmann (2) erörtert die Frage der Giftigkeit der Rhodanalkalisalze. Die in Erbrechen, Zittern, Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden usw. sich äußernden toxischen Erscheinungen bei Verordnung von „Cariesan“ und „Natriumrhodanid“ bestimmten Verf., die Rhodantherapie völlig zu unterlassen, bis zu dem Zeitpunkt, wo das absolut ungiftige Rhodaneiweiß „Rhodalzid“ in den Handel kam. Da durch zahlreiche Versuche an Tieren und Menschen die Ungiftigkeit dieses Präparates erwiesen war, gab L. das Mittel mit dem Erfolge, daß auch nicht eine einzige unangenehme Nebenerscheinung mehr zutage trat.

Dr. Arthur Scheuer (3) hebt die Wichtigkeit des Rhodalzids für die Zahnheilkunde und seine Zukunft für die innere Medizin hervor und berichtet in specie über zwei Fälle von außerordentlicher Sensibilität des Zahnbeins, in denen er mit ausgezeichnetem Erfolge von Rhodalzid Gebrauch machte.

Dr. Männich (4) hat in verzweifelten Fällen von Kariesrezidiven vom Rhodalzid ganz erstaunliche Erfolge gesehen.

Auch Zahnarzt Meyer (5) leistete das Rhodalzid bei großer Empfindlichkeit der Zähne ausgezeichnete Dienste. Er gibt ferner schwächlichen Kindern sehr häufig Rhodalzid und hofft, dadurch die Verkalkung der bleibenden Zähne günstig zu beeinflussen.

Dr. med. Curt Schubert (6) hat in seiner Praxis Rhodalzid sehr häufig in Anwendung gebracht. Die prompteste Wirkung erzielte er bei Stomatitis. Stomatitiden mit äußerst fötidem Geruche, schmierig belegten Schleimhäuten und stark belegter Zunge gingen rapid zurück; in zwei sehr schweren Fällen bereits nach Darreichung von nur sechs Tabletten. Nach Entfernung von Tonsillarpfröpfen wurde Rhodalzid mit gutem Erfolge gegeben. Die Pfröpfe bildeten sich nicht so schnell wieder, die Disposition für die Anginen war vermindert, der häßliche Fötor verlor sich und das Druckgefühl im Halse ließ nach; bei zwei Patienten bestanden gleichzeitig rheumatische Schmerzen, die sich völlig verloren. In zwei Fällen von häufiger Stomatitis und Pyorrhoea alveolaris auf gichtischer Basis brachte Rhodalzid Ausheilung der Mundaffektionen und gleichzeitige Besserung des Allgemeinzustandes. In fünf Fällen von Zahnkaries und gleichzeitig bestehender Blutarmut wurde ständig über Appetitlosigkeit und Trockenheit im Halse, Hustenreiz, üblen Geschmack im Munde und schlechte Verdauung geklagt. Nach Darreichung von Rhodalzid besserte sich das Allgemeinbefinden ganz erheblich. Weitere gute Erfolge erzielte Dr. Schubert in mehreren Fällen von Pharyngitis sicca, bei denen die übliche Therapie, Pinselungen, Spülungen, Jod innerlich usw. das trockene, brennende Gefühl und den Borkenansatz nicht zum Schwinden brachte. In drei Fällen von Kehlkopftuberkulose mit starkem Schluckschmerz brachte Rhodalzid große Erleichterung; der Schluckschmerz ließ nach, die Patienten konnten besser essen und das Allgemeinbefinden wurde somit wesentlich gehoben. Rhodan war im Speichel in den vorstehenden Fällen nicht oder kaum nachweisbar. Die Rhodalziddosis ist: abwechselnd, meist zwei Tabletten täglich, acht Tage lang, dann acht Tage lang täglich eine Tablette, dann acht Tage lang ausgesetzt. In Fällen von Stomatitis wurden täglich drei Tabletten gegeben, aber meist nur einige Tage, da die Wirkung gerade bei Stomatitis schnell und sicher ist. Kr.

Dr. **Otto Hesse**, früh. Volontärarzt der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin, jetzt Vol. des pharm. Instituts der Universität Utrecht: **Melubrin als Antipyreticum bei Tuberkulose.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1913.)

Verf. empfiehlt das Melubrin zur Aufnahme in die Reihe der bei Tuberkulose gebräuchlichen Antipyretica. Es hat den Vorzug der großen Dosierungsbreite und der Möglichkeit wochenlanger Anwendung, ohne daß, abgesehen von Schweißen, bisher irgendwelche Nebenerscheinungen oder Intoxikationen beobachtet sind. Bei Ueberdosierung scheint Kollapstemperatur möglich. Bei Erwachsenen wirken Mengen zwischen ein- bis dreimal täglich ¼ bis 1 g, meistens 1- bis 3 mal 0,5 g, doch muß durchaus individualisiert werden. Die Zahl der Fälle, in denen diese Dosen unwirksam waren, ist nicht unerheblich. Kr.

Stabsarzt Dr. **Saar** (Berlin): **Erfahrungen mit Melubrin bei akutem Gelenkrheumatismus.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

Verf. wandte im Garnisonlazarett I zu Berlin das Melubrin (seiner chemischen Konstitution nach phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfonsaures Natrium) bei einer größeren Zahl von frischen Fällen von akutem Gelenkrheumatismus an. Die Patienten, welche meist nachmittags zur Aufnahme gekommen waren, erhielten zunächst um 4, 6 und 8 Uhr nachmittags je 1 g Melubrin; am nächsten Tage bekamen sie 5 g in Einzeldosen zu 1 g und in zweistündigen Intervallen. Je nach dem weiteren Verlauf wurde in den folgenden Tagen die Dosis beibehalten, auch auf 3 mal 2 g geändert oder auf 4, 3, 2 g vermindert, wobei die Darreichung in zweistündigen Pausen auf den Nachmittag verlegt wurde. Die befallenen Gelenke wurden daneben stets sorgfältig gelagert und in gelbe Watte mit oder ohne Einfetten mit 10 proz. Ichthyolsalbe eingewickelt. Die therapeutischen Erfolge bei diesem Vorgehen waren recht gut. Meist sank lytisch in wenigen Tagen die Fiebertemperatur ab; es schwanden die Gelenkschwellung und die Schmerzen. Das Mittel wurde gern genommen. In einigen Fällen, in denen Natr. salicylic. ohne Wirkung geblieben war, hatte Melubrin Erfolg. Unter 90 mit Salicylpräparaten behandelten Fällen fanden sich 54 Fälle mit Herzkomplikationen; von diesen wurden 27 Mann dienstunbrauchbar. Unter 40 mit Melubrin behandelten Gelenkrheumatikern war bei 32 das Herz beteiligt; von diesen wurden 8 Mann dienstunbrauchbar, die übrigen wurden wieder dienstfähig. In 5 Fällen versagte Melubrin, während Natr. salicylicum wirkte. Erneute Attacken von Fieber mit Gelenkschwellung nach dem Aussetzen von Melubrin kamen einige Male zur Beobachtung, gingen jedoch auf neuerliche Darreichung von Melubrin in einigen Tagen wieder völlig zurück.

Stabsarzt Dr. **Rieck** (Mainz): **Wider und für Pituitrin.** (Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 52.)

In Uebereinstimmung mit den Erfahrungen fast aller übrigen Autoren hält Verf. das Piutrin in jeder Phase bei Früh- und Fehlgeburten für kontraindiziert; er teilt als Beleg hierfür einen von ihm beobachteten Fall mit. Dagegen bewährte sich ihm Pituitrin in einem Falle von Placenta praevia. Es handelte sich um eine II-Para, Muttermund war zweimarkstückgroß; es blutete ziemlich stark; Wehen traten nicht auf. Verf. sprengte die Blase; auch jetzt traten keine Wehen auf, dagegen blutete es weiter. Deshalb machte Verf. eine Pituitrininjektion. Nach wenigen Minuten stand die Blutung. Die Geburt verlief weiterhin unter drei Pituitrininjektionen vollkommen glatt, ohne Anwendung weiterer Kunsthilfe. Somit scheint Pituitrin ein schätzenswertes Hilfsmittel zur Behandlung der Blutungen bei Placenta praevia zu sein.

Dr. **Julius Sonnenfeld** (Berlin): **Ovaradentriferrin und Dürkheimer Maxquelle für die gynäkologische Praxis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Verf. berichtet zunächst über günstige Erfahrungen mit Ovaradentriferrin in der gynäkologischen Praxis. Das Präparat kommt in Tabletten in den Handel, von denen jede 0,3 g Ovaraden und 0,1 Triferrin (paranucleinsaures Eisen) enthält (Preis pro 45 St. 2 M.). Das Ovaradentriferrin bewährte sich besonders bei Amenorrhöen, sei es, daß Veränderungen an den Ovarien zu finden waren, sei es, daß solche fehlten. Fast immer zeigte sich nach Anwendung des Präparats eine Besserung der Beschwerden, und nach einiger Zeit kehrte die Menstruation wieder, die dann ihren normalen Verlauf nahm. Nur bei infantiler Hypoplasie der Genitalien wurde kein nennenswerter Erfolg erzielt. Ferner wendete Verf. das Ovaradentriferrin an bei den physiologischen klimakterischen Ausfallserscheinungen, sowie bei den Ausfallserscheinungen nach Exstirpation des Uterus oder der Ovarien resp. des Uterus und der Ovarien. Auch hier bewährte sich das Präparat durchaus; als besonders zweckmäßig erwies es sich, das Ovaradentriferrin schon prophylaktisch bald nach Exstirpation der Keimdrüsen zu verabreichen; es treten dann oft gar keine Ausfallserscheinungen auf, oder in sehr viel geringerem Grade, als wie sie sonst sich geltend machen. Auch bei entzündlichen Erkrankungen der Ovarien resp. der Adnexe leistete das Ovaradentriferrin als Unterstützungsmittel der lokalen Therapie gute Dienste. — Ferner wendet Verf. in der Therapie der Anämie und Chlorose, der Menstruationsstörungen und Ausfallserscheinungen auch das Arsen an, neuerdings in Form der Dürkheimer Maxquelle, welche 17 mg Arsentrioxyd im Liter enthält, daneben sehr wenig Eisen. Bei den Ausfallserscheinungen der physiologischen und postoperativen Klimax bessert das Ovaradentriferrin hauptsächlich die Erscheinungen von seiten des Stoffwechsels und der Psyche; die Erfolge der Dürkheimer Maxquelle betreffen mehr die vasomotorischen Störungen. Vielleicht würde die gleichzeitige Verabreichung des Ovaradentriferrin und der Maxquelle, die Verf. noch nicht versucht hat, noch günstiger wirken.

Prof. Dr. **Hermann Brüning** (Rostock): **Wermolin.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 50.)

Verf. hatte schon vor 2 Jahren über günstige Erfolge mit einem bei uns fast gänzlich unbekannten Wurmmittel, dem amerikanischen Wurmsamenöl (Wormseedoil, Ol. Chenopodii anthelminthici) bei der Abtreibung von Spulwürmern berichtet. Diese Angaben wurden von anderer Seite bestätigt. Ein Nachteil des Mittels, besonders in der Kinderpraxis, ist sein unangenehmer Geschmack und Geruch. Neuerdings wird nun von der Adlerapotheke in Hilden (A. Rademacher) unter dem Namen Wermolin eine aus Ol. Chenopodii anthelminthic. hergestellte Emulsion in den Handel gebracht, welche besser einzunehmen ist. In 50 g enthält Wermolin 1,5 g Ol. Chenopodii anthelminthici in Ricinusöl; als Geschmackskorrigentien sind Saccharin und ätherische Oele hinzugefügt. Das Wermolin soll tee- bis eßlöffelweise, je nach dem Alter der Patienten, gegeben werden. Wermolin dient in erster Linie zur Abtreibung von Spulwürmern; es soll jedoch in Verdünnung 1:4 mit Glyzerin und Wasser als Klysma lauwarm appliziert auch bei Oxyuren mit Erfolg angewendet werden. Verf. prüfte das Wermolin an 16 spulwurmkranken Kindern im Alter von 2—14 Jahren. Es wurde kinderlöffelweise früh und abends verabfolgt und ohne Schwierigkeiten genommen; es genügten fast stets 3 solche Löffel. Anfangs wurde kein Abführmittel gegeben; später wurde ein solches in Form von Ol. Ricini (kinderlöffelweise), Kurellapulver (teelöffelweise) oder 1—2 Laxintabletten verabreicht, und zwar etwa 2 Stunden nach Verabreichung der letzten Dosis Wermolin. Die Kinder hatten keinerlei Beschwerden, wie Erbrechen, Uebelkeit, Leibschmerzen, Aufstoßen, und es gelang in allen Fällen prompt, die vorhandenen Spulwürmer abzutreiben. (Preis der Flasche zu 50 g 1,50 M.)

Dr. **W. Schüffner** und Dr. **H. Vervoort** (Deli in Niederländisch-Indien): **Das Oleum chenopodii gegen Ankylostomiasis und eine neue Methode der Wertbestimmung von Wurmmitteln.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Das Oleum chenopodii anthelminthici ist ein ätherisches Oel von eigenartigem, nicht unangenehmem Geschmack, welches aus einer in fast allen Teilen der Vereinigten Staaten von Amerika wachsenden krautartigen Pflanze, dem Chenopodium anthelminthicum, gewonnen wird. Neuerdings wurde es von Brüning als ein sicheres, von allen Nebenwirkungen freies Mittel gegen Askariden empfohlen. In bezug auf seine Wirkung gegen Ankylostomen wurde es bisher noch nicht geprüft. Die Verfasser unternahmen eine derartige Untersuchung, und zwar bei einer Untersuchungsreihe, welche den Zweck hatte, die Wirkung des Thymols gegenüber anderen Mitteln bei Ankylostomiasis zahlenmäßig festzustellen. Das Thymol wurde dabei mit Oleum Eucalypti, mit Beta-Naphthol und mit Ol. Chenopodii verglichen. Es wurde dabei folgendermaßen verfahren: Die Wurmkranken mußten zwei Kuren mit einer Pause von wenigen Tagen machen, und zwar mit Thymol alternierend mit einem der zu prüfenden Mittel. Auf diese Weise erhielt man jedesmal zwei Reihen, die eine, in der sämtliche Patienten das Thymol an erster, die andere, in der sie es an zweiter Stelle genommen hatten. Beide Mittel hatten so Gelegenheit zu zeigen, welche Wirkung sie auf die zuvor nicht behandelten Parasiten entfalten konnten, und dann, was sie noch in der Nachkur leisteten. Aus der Zahl der abgegangenen Würmer berechnet Verf. dann procentualiter die Wirksamkeit des Mittels. Was die Mittel selbst anlangt, so werden sie in folgender Weise verabreicht: 1. Thymol: a) grammweise, 2 stündlich, 5 mal hintereinander, 2 Stunden nach letzter Dosis 20 g Ricinusöl; b) 2 mal 2 g mit einer 2 stündigen Pause, 3 Stunden später 17 g Ricinusöl + 3 g Chloroform. Das Chloroform soll noch eine Wirkung auf die vom Thymol nur halb getroffenen Würmer ausüben. 2. Ol. Ricini 40. S. in 2 Portionen mit halbstündiger Pause zu nehmen. 3. Beta-Naphthol: 2 stündlich je 1 g, 1 Stunde nach der letzten Dosis 20 g Ricinusöl. 4. Oleum chenopodii: 2 stündlich, 3 mal hintereinander, je 16 Tropfen mit Zucker, 2 Stunden nach der letzten Dosis 17 g Ricinusöl + 3 g Chloroform. Die Mittel wurden gegen Ankylostomen und Askariden geprüft. Es ergab sich dabei zunächst, daß das Thymol als Wurmmittel dem Ol. Eucalypti und dem Naphthol überlegen ist. Das Oleum chenopodii ist wieder dem Thymol überlegen, es besitzt also die stärkste vermifuge Kraft, und es zeigt sich gleich wirksam gegen die Ankylostomen und die Askariden. Annähernd gilt dies auch vom Thymol, dagegen richten Ol. Eucalypti und Naphthol nichts Nennenswertes gegen Askariden aus. — Das Ol. Chenopodii wird nach Verfasser, auf Zucker gegeben, leicht eingenommen. Es ist zwar nicht ganz billig (1 kg kostet in Europa 55 M.), trotzdem verdient es gegen Ankylostomen nach Verf. weitgehende Anwendung. R. L.

Dr. **F. Bruck**, Arzt in Berlin: **Ueber „Gadiol", ein neues Lebertranpräparat.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 7.)

Man hat sich seit Jahren bemüht, Lebertranpräparate herzustellen, welche den Vorzug einer langen Haltbarkeit haben und sich dadurch auszeichnen, daß sie, mit verschiede-

JOHA

Anerkannt beste intramuskuläre Salvarsan-Injektion
:: zur ambulanten und klinischen Behandlung. ::

Einfach. Technik. Niemals Neurorecidive u. toxische Nebenerscheinungen.

Bei einwandfreier Technik (s. Deutsche Med. Wochenschrift 1912 Nr. 20)

keine Schmerzen, keine Infiltrate oder Nekrosen. Langanhaltende Dauerwirkung. Negative Seroreaktion bei klinischer Latenz noch 7 und 12 Monate nach 2 Joha-Injektionen à 0,6 Salvarsan beobachtet.

Neu! Neu!

Neben den Joha-Ampullen gelangen nunmehr auch Joha-Spritzenröhrchen in den Handel, aus denen das Joha direkt injiziert wird.

Dosierung der Joha-Spritzenröhrchen
1 ccm = 0,4 u. $1^1/_2$ ccm = 0,6 Salvarsan.

HG.-ÖLE „ZIELER"

40% Quecksilber-Injektionsöle.

Sämtliche Präparate sind klinisch geprüft in der Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Würzburg (Professor Dr. Zieler) und werden dort dauernd weiter kontrolliert.

Besonders geeignet zur Kombination mit Salvarsankuren.

Ol. Calomelan. „Zieler" 1 ccm = 0,4 g Calomel.
Ol. cinerum „Zieler" 1 ccm = 0,4 g Hg. met.
Ol. Hg. salicyl. „Zieler" 1 ccm = 0,4 g Hg. salicyl.

Originalflasche, ausreichend für zirka 40 Injektionen, 3 Mark.

ASTHMOLYSIN

Sterile Lösung eines Nebennierenextraktes in Verbindung eines Auszuges der Hypophysis cerebri.

Indikationen: Bei Asthma, selbst in den schwersten Fällen, sofortige Lösung des Anfalles.

Ferner bei plötzlicher Herzschwäche, Scheintod,
:: Ohnmachtsanfällen und Asphyxie. ::

Anwendung subkutan. Originalkarton mit 12 Ampullen 4,50 M.

Vergl. Deutsche Med. Wochenschrift 1912, Nr. 38

SCABOSAN

Nikotin-Seife in Salbenkonsistenz mit einem Gehalt von 0,08% Nikotin und 10% Salizylsäure.

Absolut reizloses, sicher wirkendes Scabiesmittel.

Vollständig geruchlos, nicht schmutzend und nicht fettend. — Einfach und billig in seiner Anwendung.

Originalpackung, für eine Kur ausreichend, 4,50 Mark.

Literatur auf Wunsch zur Verfügung

Dr. KADE, BERLIN SO. 26



Privatkinderheim Hubertusburg
Ostseebad Zinnowitz
Dr. med. Hellwig.

NESTLE

Nahrung für Kinder und Kranke
Bewährt bei Magen- und Darmkrankheiten.

Acetonal

Haemorrhoidal-Zäpfchen

(10% Acetonchloroformsalicylsäureester u. 2% Alsol in oleum Cacao)

vereinigen in sich die adstringierende, antiseptische, granulationsbefördernde Eigenschaft des Alsols und die analgetische und desinfizierende des Acetonchloroformsalicylsäureesters. Völlig unschädlich, unangenehme Nebenwirkungen sind nie beobachtet. Schnelle Linderung der subjektiven Beschwerden,
:: vorzügliche Heilwirkung. ::

Originalschachtel mit 12 Zäpfchen M. 2,50.

Proben stehen den Herren Aerzten kostenfrei zur Ve fügung.

Athenstaedt & Redeker, Chem. Fabrik, Hemelingen b. Bremen.

Saint-Raphaël-Wein,

ein natürliches **Tonikum** und **Stomachikum** von sicherer zuverlässiger Wirkung und anerkanntem Wohlgeschmack. St.-Raphaël-Wein ist ein **vollkommener Ersatz** und eine **Ergänzung** der Chinaweine, Eisenweine, Fleischextraktweine usw. ohne schädliche Nebenwirkung. Sein Eisengehalt, weil natürlich und nicht überschüssig, belästigt weder den Magen, noch beeinträchtigt er den Wohlgeschmack — **St.-Raphaël-Wein wird von Tausenden deutscher Aerzte empfohlen** bei Erschöpfungszuständen jeglicher Art, im Alter, in Krankheiten, in der Rekonvaleszenz, bei Lungen- u. Krebskranken usw. — Bei **Magen-** und **Darmkatarrhen, chronischen Diarrhöen** und bei **chronischer Appetitlosigkeit** dürfte der **Saint-Raphaël-Wein** eines der **wertvollsten** und **zuverlässigsten Hilfsmittel** sein, die der Arzneischatz aufweist. — Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenfrei. — Mk. **4.**— per ganze und Mk. **2.**— per halbe Originalflasche. In allen Apotheken erhältlich.

Compagnie du Vin Saint-Raphaël, LEIPZIG, Zeitzer Strasse 11.

nen Korrigentien vermischt, einen den tranigen Charakter zum größten Teil verdeckenden Wohlgeschmack annehmen und infolgedessen ohne Widerwillen lange Zeit und in genügenden Mengen genommen werden können. Mit einem dieser Präparate, dem Gadiol, hat Verfasser in der letzten Zeit bei verschiedenen Erkrankungen Versuche gemacht, welche zu einem für das Präparat durchaus günstigen Resultat geführt haben. An der Hand seiner Erfahrungen hält Verf. es als erwiesen, daß wir mit dem Gadiol ein neues, wertvolles Lebertranpräparat, welches im allgemeinen widerstandslos, gelegentlich gern genommen und gut vertragen wird, gewonnen haben, und das daher zur Behandlung von Rachitis und zur Mästung sehr geeignet ist. Das Gadiol enthält den Lebertran in reiner und unveränderter Form; seine Bekömmlichkeit ist auf den Zusatz von ätherischen Oelen zurückzuführen. Dieser gegen chemische Zersetzung wirksame Zusatz ist es auch, der dem Gadiol seine Haltbarkeit garantiert und seinen Gebrauch auch im Sommer ermöglicht.

C. E. **Vorster**, Spezialarzt f. Nieren-, Blasen- und Harnkrankheiten in Düsseldorf: **Vesicaesan bei Erkrankungen der Nieren und Blase und bei Gonorrhoe.** (Dermatol. Zentralblatt, 14. Jahrg., No. 5.)

Vesicaesan ist das aus wirksamen frischen oder frisch getrockneten Folia Uvae ursi bereitete Extrakt. Als ein zuverlässiges Verfahren, die Gesamtbestandteile der Folia Uvae ursi unzersetzt zu erhalten, hat sich die fraktionierte Extraktion mit geeigneten Lösungsmitteln, unter Anwendung niedrigster Temperaturen, bewährt. Vesicaesan wird am besten in Pillenform dargereicht; jede Pille enthält die wirksamen Bestandteile von 0,53 g der frisch getrockneten Blätter. Die Medikation ist alsdann 4 mal täglich 6—10 Pillen. Nach jedesmaligem Einnehmen läßt Verf. ein Glas Wasser nachtrinken. Er hat in seiner Praxis in allen Fällen, in denen er Vesicaesanpillen angewendet hat, die überraschendsten Erfolge gehabt, insbesondere bei ganz chronischen Fällen, von denen er einige mitteilt. Kr.

Dr. **R. Meyer** (Berlin): **Zur Therapie des Schnupfens.** (Medizin. Reform, 1913, No. 3.)

Bei akuter und chronischer Rhinitis und zur Nachbehandlung nach Operationen in der Nase wendet Verf. seit einiger Zeit mit gutem Erfolge das Schnupfenmittel **„Eubomenth“** an (hergestellt in Schäfers Apotheke, Berlin W.). Es handelt sich dabei um eine in Tubenform erhältliche Mentholsalbe, die Adrenalin als Adstringens, Chloreton (Trichlorbutylalkohol) als Lokalanästheticum, sowie endlich Borsäure, Thymol und destilliertes amerikanisches Hamamelisextrakt als Desinficientien enthält. Die Applikation als Salbe hat den Vorzug, daß sie vermöge der langsamen durch sie bedingten Resorption der wirksamen Stoffe eine protrahierte Wirkung ermöglicht. L.

Dr. **Friedrich Dornheim** (Leipzig): **Erfahrungen mit Noviform in der Oto-Rhinologie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 50.)

Wie Verf. berichtet, wurde das Noviform neuerdings in der oto-rhinolaryngologischen Klinik zu Leipzig als Wundantisepticum mit Erfolg verwendet. Zunächst kam das Präparat, welches eine Verbindung von Wismut mit Brenzkatechin und Brom darstellt, in der Nachbehandlung einer Anzahl von Ohrtotalaufmeißelungen zur Anwendung. Stets ging der Epidermisierungsprozeß gut und schnell vonstatten, besonders wenn bei Nachlassen der Sekretion in der letzten Phase der Nachbehandlung eine Kombination Noviform 4, Scharlachrot 1 in Pulverform eingeblasen wurde. Reizerscheinungen traten nie auf. In der Rhinologie wurde das Noviform besonders zur Tamponade nach intranasalen Operationen angewendet, insbesondere nach Septumresektionen. Niemals wurde dabei eine schleimhautschädigende Wirkung beobachtet. Auch eine gewisse hämostyptische Wirkung besitzt das Noviform, ebenso wie das Xeroform. Somit kann das Noviform als ungiftiges Wundantisepticum in der Otologie und Rhinologie zur Anwendung empfohlen werden. R. L.

Dr. med. **H. Floer,** Arzt in Essen a. d. Ruhr: **Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose durch Einatmen von Fumiformdämpfen.** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1912.)

Verf. gab 1909 in der Therapie der Gegenwart eine neue Behandlungsmethode der Lungentuberkulose an, die darin besteht, daß die Kranken ein- oder zweimal täglich etwa eine bis zwei Stunden lang Asphaltdämpfe einatmen, die durch Verdampfen von sogenannten Fumiformtabletten — hergestellt aus Asphaltum purum mit geringen Mengen von Benzoë und Myrrhe — in Verdampfapparaten erzeugt werden. Weitere Versuche, die sich nun durch drei Jahre erstrecken, haben seitdem recht günstige Resultate ergeben. Auch ist inzwischen das Verfahren von vielen Aerzten nachgeprüft, so daß es Verf. angezeigt erscheint, zusammenfassend über die Wirkung der Fumiformdämpfe zu berichten. Von den in seiner ersten Mitteilung berichteten neun Fällen sind fünf geheilt geblieben, wie Verf. bei wiederholten Nachuntersuchungen bis jetzt feststellen konnte. Aus der Reihe der in den letzten drei Jahren mit Fumiformdämpfen behandelten Fälle berichtet Verf. über weitere acht Fälle, die die günstige Einwirkung der Fumiformdämpfe sehr gut illustrieren. Verf. geht dann zu den Berichten anderer Aerzte über die Wirkung der Fumiformdämpfe auf den tuberkulösen Prozeß über. Er stützt sich auf die ihm vorliegenden Angaben von über 50 Aerzten, welche fast ohne Ausnahme besagen, daß durch Einatmen von Fumiformdämpfen die Expektoration erleichtert und der Hustenreiz gemildert wurde. Meistens wurde beobachtet, daß das Allgemeinbefinden sich besserte.

Neben diesen klinischen Erfahrungen teilt Verf. gleichzeitig noch die Resultate einer neuerdings ausgeführten bakteriologischen Untersuchung von Dr. Aufrecht in Berlin mit, welche durch Feststellung der keimentwicklungshemmenden Wirkung der Fumiformdämpfe die therapeutisch gefundenen Resultate bestätigte.

Dr. **Josef Pringsheim** (Breslau): **Zur Behandlung der paroxysmalen Hämoglobinurie.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 7.)

Die grundlegenden Versuche von Donath und Landsteiner haben für den Mechanismus des hämoglobinurischen Anfalls eine Erklärung gegeben, welche durch die meisten späteren Arbeiten bestätigt und erweitert wurde. Aus dieser Erkenntnis hat die Therapie keinen nennenswerten Nutzen ziehen können. Sie ist auch jetzt noch nicht über das Stadium der Versuche herausgekommen. Bei diesen unbefriedigenden Erfolgen in der Behandlung ist der vom Verf. beschriebene Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie von Interesse, in welchem mit Cholesterin Versuche gemacht wurden. Die Versuche gingen von der Ueberlegung aus, daß Cholesterin im Reagenzglase hämolytische Vorgänge, um die es sich ja zweifellos bei der paroxysmalen Hämoglobinurie handelt, hemmen kann. Auch beim Menschen ist das Cholesterin bei Krankheiten, welche mit der Auflösung roter Blutkörperchen einhergehen, in einigen Fällen mit Erfolg angewendet worden — zuerst von Morgenroth und Reicher bei schwerer Anämie, speziell Wurmanämie, in jüngster Zeit von Kurz und Grimm bei Schwarzwasserfieber. Während alle diese Autoren das Cholesterin per os darreichten, hat Verf. es intramuskulär in Form einer 10 proz. Emulsion angewandt, um größere Mengen des Medikaments zur Resorption zu bringen. Die Injektionen sind etwas schmerzhaft und zuweilen von geringer Temperatursteigerung begleitet. Um einen Anhaltspunkt für die Beeinflussung der paroxysmalen Hämoglobinurie durch Cholesterin zu gewinnen, wurden bei dem Patienten während der Behandlungsdauer von Zeit zu Zeit Anfälle durch kalte Fußbäder, die immer denselben Temperaturgrad und dieselbe Dauer hatten, ausgelöst und die Schwere der Anfälle nach der Dauer und Stärke der nachfolgenden Hämoglobinausscheidung im Urin beurteilt. Pat. bekam fünf intramuskuläre Injektionen von je 5 ccm 10 proz. Cholesterinemulsion im Laufe von elf Tagen. Am elften Tage erzeugte derselbe Kältereiz, der vorher schwere Anfälle von 8- bis 10 stündiger Hämoglobinurie hervorgerufen hatte, nur eine ganz geringe Ausscheidung von Blutfarbstoff, welche nach 2¾ Stunden verschwunden war. Nach einer weiteren Injektion konnte der Kältereiz keine Hämoglobinanämie, wie in den Anfällen vor der Behandlung, und keine Hämoglobinurie hervorrufen. Der sonst die Anfälle begleitende Schüttelfrost und Temperaturanstieg trat aber trotzdem ein, so daß man von einem „frustanen“ Anfall reden kann. Acht Tage nach der letzten Cholesterininjektion ließ sich wieder ein schwerer Anfall hervorrufen, der sich in nichts von den Anfällen vor Einleitung der Cholesterintherapie unterschied. Eine Wiederholung des Versuchs war aus äußeren Gründen nicht möglich. Aus diesen Feststellungen folgt, daß sich durch Cholesterin der hämoglobinurische Anfall coupieren läßt. Das schnelle Absinken der Kälteempfindlichkeit während der Injektionsperiode, das prompte Wiederansteigen derselben nach Aussetzen der Injektionen lassen ein zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen erscheinen.

Dr. **Leopold Lilienthal** und Dr. **James Cohn** (Berlin): **Die Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhoe.** (Medizinische Klinik, 1913, No. 7.)

Die Verfasser verstehen unter Abortivbehandlung der Gonorrhoe eine Heilung innerhalb von drei Tagen. Alle Fälle, die am vierten Tage der Behandlung noch Gonokokken aufweisen, betrachten sie als mißlungen. Jede Gonorrhoe ist geeignet zur Abortivkur, deren erste subjektive Symptome nicht länger als 24 Stunden zurückliegen, wo keine Komplikationen und nur geringes serös-eitriges Sekret vorhanden sind. Die Methode der Behandlung besteht darin, daß drei Tage hintereinander je drei Einspritzungen à 8 ccm 4—5 proz. Protargols gemacht werden, jede vier Minuten in der Urethra anterior gehalten. Was die Erfolge betrifft, so war ungefähr die Hälfte der behandelten Fälle vom vierten Tage ab frei von allen Symptomen und ist auch frei von allen Schädigungen geblieben.

Irgendwie erhebliche Fälle von Komplikationen sind auch bei den mißlungenen Fällen nicht beobachtet worden. Auch in den mißlungenen Fällen hat bei der dann fortgesetzten Behandlung eine deutlich wahrnehmbare Abkürzung der Dauer der Gonorrhoe stattgefunden. Kr.

Dr. **Sieskind**, Prof. Dr. **R. Wolffenstein**, Dr. **J. Zeltner: Ueber externe Salicylpräparate.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Wegen der bekannten Nebenwirkungen der Salicylsäure bei innerlicher Verabreichung hat man in den letzten Jahren begonnen, dieses bewährte Antirheumaticum äußerlich anzuwenden. Wegen der hautreizenden Wirkung der reinen Salicylsäure ist man dabei aber auf Salicylsäurederivate angewiesen, wie das seit längerer Zeit bekannte Gaultheriaöl, den Salicylsäuremethylester. Die schmerzstillende Wirkung eines Salicylsäurederivates kann nun — dies der Gedankengang der Verfasser — erhöht werden, wenn man zur Esterbildung anstatt der indifferenten Methylgruppe eine schmerzstillende, anästhesierend wirkende Komponente einführt. Als solche Komponente nahmen die Verfasser den tertiären Trichlorbutylalkohol, der bei interner Darreichung allgemein und bei äußerer Anwendung örtlich anästhesiert. Als andere Komponente wählten die Verfasser anstatt der Salicylsäure die Acetylsalicylsäure. Die so erhaltene Verbindung, der für die pharmaceutische Anwendung der Name „**Perrheumal**" beigelegt wurde, ist nun in der Tat von jeder unerwünschten Reizwirkung frei, was an 10-, 20- und 50 proz. Vaselinsalben des Präparats festgestellt wurde. — Das Anwendungsgebiet der neuen Esterkombination sind natürlich in erster Linie die von alters her als „rheumatisch" bezeichneten Krankheiten, also die verschiedenen Formen des Muskel- und des Gelenkrheumatismus. Ferner aber kommen auch gonorrhoische und gichtische Gelenkentzündungen in Betracht. Ueber die Wirkung bei letzteren hat sich bereits vor einigen Monaten Th. Brugsch anerkennend ausgesprochen (Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 34, S. 1600); bei den übrigen genannten Affektionen wurden im Rudolf-Virchow-Krankenhause zu Berlin und in der Privatklinik von Dr. E. Unger in Berlin mit der Einreibung gute Erfahrungen gemacht. Die Wirkungsweise des Präparats, das wegen seines neuartigen, rationellen Kompositionsprinzips hiermit ausgedehnter Erprobung empfohlen sei, ist im allgemeinen die, daß die Kranken, die etwa nachmittags damit behandelt werden, in einigen Stunden bezw. im Laufe der Nacht die schmerzlindernde Wirkung verspüren.

Das Präparat ist als 10 proz. Salbe mehrmals am Tage gut einzureiben; bei bettlägerigen Patienten kommt zweckmäßig ein Schutzverband darüber. Das Perrheumal wird von der Chemischen Fabrik Athenstädt & Redeker in Hemelingen hergestellt. L.

Serumtherapie.

Dr. **R. Franz** (Graz): **Serumtherapie bei Melaena neonatorum.** (Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 53.)

Die Therapie der Melaena neonatorum ist bisher ziemlich unbefriedigend. Die Mortalität von 17 in der Grazer Frauenklinik behandelten Fällen betrug 52,9 pCt.; bei 8 mit Gelatine behandelten Fällen war die Mortalität mit 62,5 pCt. sogar größer als bei allen 17 Fällen zusammen. Von der Erfahrung ausgehend, daß man bei Hämophilie mit der Injektion frischen Blutserums gute Erfolge erzielt hat, beschloß Verf., die Serumtherapie auch bei den gastrointestinalen Blutungen der Neugeborenen anzuwenden. Er berichtet über 5 Fälle aus der Grazer Universitäts-Frauenklinik, in denen er mittels Serumtherapie Heilung erzielt hat. In zwei Fällen handelte es sich nach Verf. sicher um Melaena vera; in den drei anderen Fällen lag möglicherweise eine Melaena symptomatica vor. Verf. benutzte zu seinen Injektionen Nabelschnurserum; alle Fälle kamen darnach zur Heilung. Das Serum wurde in der Weise gewonnen, daß bei gesunden Kreißenden nach der Abnabelung des Kindes das Blut aus der Nabelschnur unter sterilen Kautelen in Eprouvetten aufgefangen wird. Das Serum wird zentrifugiert, in Fläschchen aus dunklem Glase zu 30, 50 und 100 ccm gefüllt und mit einigen Tropfen Chloroform versetzt. Die Fläschchen werden luftdicht verschlossen und in einem dunklen und kühlen Raum aufbewahrt. Die zu verwendende Menge des Serums wird mittels einer 10 bis 20 ccm fassenden Rekordspritze aus dem Fläschchen ohne vorheriges Schütteln entnommen; eventuell kann man das Serum vorher auf Körpertemperatur erwärmen. Injiziert wird das Serum nach Jodtinkturdesinfektion der Haut am besten im Bereich der Oberschenkel oder der Gesäßbacken subkutan oder intramuskulär. Die von Verf. verwendeten Sera waren 1—4 Monate alt. Verf. injizierte 10—25 ccm subkutan; die geeignete Dosis dürfte 20 ccm betragen. In einzelnen Fällen wurden mehrere Injektionen gemacht. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet; eine mäßige Temperaturerhöhung im Anschluß an die Injektion ist ohne Bedeutung. Auf Grund seiner Erfahrungen hält Verf. die Serumtherapie bei Melaena neonatorum für indiziert. R. L.

Physikalische Therapie.

Dr. **Elsaesser** (Hannover): **Heißluftinhalation.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Die Verwendung von Heißluftinhalation bei Erkrankungen der Atmungsorgane wurde schon von verschiedenen Autoren empfohlen. Verf. beschreibt einen von ihm konstruierten Apparat, welcher demselben Zweck dient. Das Besondere an diesem neuen Apparat besteht darin, daß man der heißen Luft, die von einem elektrisch betriebenen Heizkörper erzeugt und durch einen Ventilator fortbewegt wird, nach Belieben flüchtige Substanzen, wie Menthol, Ol. Terebinthinae, Oleum Eucalypti, Balsamum peruvianum, Ol. Lavandulae, beimischen kann, so daß neben der Wirkung der Heißluftinhalation auch die spezifische Wirkung dieser Substanzen auf die erkrankten Schleimhäute zur Geltung kommt. Der Apparat, der durch das Medizinische Warenhaus A.-G., Berlin, angefertigt wird, besteht aus einer auf einem Stativ montierten Heißluftdusche, die nach Höhe und Tiefe verstellbar ist; der vordere Teil enthält einen auswechselbaren röhrenförmigen Ansatz, der mit einem Docht gefüllt ist. Letzterer dient zur Aufnahme der Inhalationsflüssigkeit. Bei ihrem Durchtritt durch diesen Teil des Apparates nimmt die heiße Luft die medikamentösen Stoffe in Gasform auf. Die Temperatur der Luft beträgt beim Austritt etwa 120 ° C. Sie kann aber durch einen am Apparat befindlichen Widerstand beliebig geregelt werden. Eine Temperatur von 80 ° C. wird am angenehmsten empfunden. Verf. hat mit dieser Heißluftinhalation besonders bei chronischen Bronchitiden, Asthmakatarrh, aber auch bei akuten Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre, Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut und Rachenkatarrhen gute Erfolge erzielt. Auch die verschiedenen Formen von Infiltraten und geschwürigen Prozessen im Larynx bei Tuberkulose bieten ein günstiges Objekt für die Heißluftinhalation, insofern als die subjektiven Beschwerden geringer werden und die Heilung befördert wird. R. L.

Chirurgische Technik.

Dr. **Heinrich Offergeld** (Frankfurt a. M.): **Ueber Skopolamin zum Ersatz und zur Einleitung der Inhalationsnarkose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 50.)

Verfasser hat in über 200 Fällen das Skopolamin in Verbindung mit Pantopon teils als Ersatz, teils zur Einleitung der Inhalationsnarkose vor Operationen verwendet und ist mit der Wirkung sehr zufrieden. Er injiziert das Präparat meist intramuskulär in die Glutäal- oder in die Wadenmuskulatur. In drei verschiedenen Stärken kam das Präparat zur Anwendung: 1. kleine Gabe: 0,04 Pantopon und 0,0004 Skopolamin; 2. mittlere Gabe: 0,04 Pantopon und 0,0006 Skopolamin; 3. große Gabe: 0,04 Pantopon und 0,0007 Skopolamin (in geteilter Dosis). Verf. wandte die von der Fabrik fertig gelieferten Ampullen an, welche Pantopon allein und Pantopon mit Skopolamin in verschiedener Menge enthalten. Wenn man Pantopon-Skopolamin zur Einleitung der Inhalationsnarkose verwendet, so braucht man vom Chloroform oder Aether 25 bis 30 pCt. weniger als ohne Chloroform. Auch in der Geburtshilfe zur Herbeiführung des Dämmerschlafes und Einleitung der Inhalationsnarkose bewährte sich das Pantopon-Skopolamin. Natürlich muß man in der Dosierung des Mittels individualisieren und vorsichtig sein, besonders bei Erkrankungen des Herzmuskels. R. L.

Dr. **Hans Oppenheim** (Berlin): **Zur Frage der Wundnahttechnik.** (Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 50.)

Unter allen bisher bekannten und geübten Nahtarten ragen nach Verf. zwei besonders hervor und verdienen wegen ihrer außerordentlichen Vorzüge weiteste Beachtung und häufigste Anwendung. Das sind die intrakutane (fortlaufende) Katgutnaht und der Wundverschluß durch die Michelschen „Agraffen". Beide Methoden erscheinen Verf. ziemlich gleichwertig, aber alle anderen in vielfacher Hinsicht zu übertreffen. Was zunächst die sog. Intrakutannaht anbetrifft, so beruht sie im Prinzip darauf, daß die einzelnen Nähte nicht wie gewöhnlich durch die Haut hindurch, „perkutan", sondern innerhalb derselben, „intrakutan", d. h. innen im Cutisgewebe, verlaufen. Während also die Führung der Perkutannaht senkrecht zur Hautoberfläche, abwechselnd von außen nach innen und umgekehrt, erfolgt, hält sich die Intrakutannaht in einer zu jener parallelen, und zwar ständig derselben, tieferen Ebene. Die ganze Nahtreihe verläuft so vollkommen in der Tiefe, innerhalb der Cutis; sie bildet gleichsam eine „versenkte" Naht. Die Vorzüge einer derartigen Nahtmethode gegenüber der perkutanen liegen auf der Hand: eine Verschleppung von Keimmaterial aus der oberflächlichen Umgebung mit den Nähten in die Tiefe ist so gut wie ausgeschlossen; es bleiben daher die unangenehmen Folgen einer Stichkanalentzündung oder gar Wundinfektion (Nahtabszeß, Erysipel) aus; letztere wird außerdem verhütet durch die vorzügliche Randadaptierung, wie sie in dieser exakten Weise bei keiner anderen Naht so leicht erreicht wird, und dies noch dazu mechanisch von selbst, ohne Pinzettenhilfe des Assistenten. Dazu kommt, daß schon wenige

Nähte, sofern die Stichführung eine geeignete ist, verhältnismäßig viel schaffen und so der Wundschluß ungleich schneller und, wie zu beachten ist, auch schmerzloser vor sich geht als bei anderer Nahtweise, da die empfindliche Oberhaut gar nicht durchstochen wird. Die erzielte Naht ist fest und dicht, dabei elastisch und Spannungen ertragend, ein Durchschneiden der Nähte unmöglich. Die Narbe wird fast linear schmal und zeigt alle Vorzüge, die man von einer „idealen" Narbe erwartet. Die Technik der Intrakutannaht ist einfach, jedenfalls kaum schwieriger als die der gewöhnlichen Nahtweise.

Der Wundschluß mittels metallener Klammern besitzt vor der Intrakutannaht vielleicht den Vorzug einer kaum zu übertreffenden Einfachheit der Technik; da er im übrigen auch alle Vorteile dieser aufweist, so sollte sich seiner bedienen, wer aus irgendeinem Grunde für die intrakutane Methode nicht einzutreten vermag. Auch die Klammerung der Wunde verbürgt eine vorzügliche Randadaptation und damit eine jeder Infektionsgefahr ungünstige Festigkeit und Dichte der Naht; der Wundverschluß geht rasch und schmerzlos vor sich, die Entfernung der Klammern ist einfach, die erzielte Narbe in jeder Hinsicht vollkommen. Welche Klammerkonstruktion man im speziellen bevorzugt, ist ziemlich unwesentlich; Verf. erscheinen nach zahlreichen Erfahrungen die von Michel angegebenen sogenannten „Agraffen" immer noch als die empfehlenswertesten.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Denker** (Halle a. S.): **Die rasche Eröffnung des Kehlkopfes in Fällen dringendster Erstickungsgefahr.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 1.)

Verf. berichtet über die von Botey vorgeschlagene Durchstoßung des Ligamentum conicum und der darüberliegenden Weichteile. Der kleine Eingriff wird in folgender Weise ausgeführt: Der Kopf des auf dem Rücken liegenden Patienten wird durch Unterschiebung einer Nackenrolle stark nach hinten übergebeugt; dann umgreift man den Kehlkopf von oben her mit dem Daumen und Mittelfinger der linken Hand und palpiert mit dem Zeigefinger die Gegend des Ligamentum conicum; hat man auf diese Weise die Lage des Ringknorpels festgestellt, so stößt man ein zweischneidiges Messer von bestimmter Länge hart an dem oberen Rande des Ringknorpels in querer Richtung in das Kehlkopflumen hinein. Infolge der Extension des Kopfes nach hinten klafft die kleine Wunde und es läßt sich nun leicht eine mit einem Mandrin versehene Kanüle einschieben. Durch den nur wenige Sekunden dauernden kleinen Eingriff wird die durch eine Larynxstenose bedingte Lebensgefahr augenblicklich gehoben. Die Intercricothyreotomie ist vor allem angezeigt in den Fällen von durch Larynxstenose bedingter Erstickungsgefahr, doch wird keineswegs angestrebt, den Eingriff an die Stelle der Intubation und der Tracheotomie zu setzen; er soll immer nur ein nicht zu langdauerndes Provisorium sein, da es sich bei den ausgiebigen Bewegungen, die der Kehlkopf beim Schluckakt auszuführen hat, nicht empfiehlt, die Kanüle für längere Zeit im Kehlkopfe zu belassen. Die Intercricothyreotomie soll die Intubation und die Tracheotomie nicht ersetzen, sondern die Ausführung dieser Eingriffe in Fällen dringender Lebensgefahr erleichtern; ist die eigentliche Gefahr durch die Intercricothyreotomie beseitigt, so läßt sich in aller Ruhe und mit leichter Mühe hinterher die Tube in den Kehlkopf einführen resp. die Luftröhre durch die Tracheotomia inferior eröffnen. Ersetzen soll die Intercricothyreotomie die Tracheotomie d'urgence, die Cricotracheotomie, bei welcher das Messer in das Ligamentum conicum in sagittaler Richtung hineingestoßen und in nach abwärts gerichtetem Zuge Ringknorpel und obere Trachealringe kurzerhand durchschnitten werden. Da bei diesem Eingriff infolge der oftmals nicht glatt erfolgenden Wiedervereinigung des durchschnittenen Ringknorpels der Längsspanner des Stimmbandes (M. cricothyreoideus) seine normale Ansatzstelle verliert, so leidet nicht selten die Stimmbildung; ferner aber führt, wie jeder beschäftigte Chirurg und Laryngologe weiß, die Cricotracheotomie häufig zu schwerer, dauernder Stenose der Luftwege, die nur durch sehr mühsame und langdauernde Dilatationsbehandlung beseitigt werden kann. Diese Nachteile kommen bei der Intercricothyreotomie gänzlich in Wegfall. Außer in den Fällen plötzlicher Erstickungsgefahr stellt Botey folgende Indikationen für die Intercricothyreotomie auf: Tritt während der Narkose plötzlicher Stillstand der Atmung auf, der durch die Einleitung der künstlichen Atmung nicht gehoben wird, so verbindet man nach Ausführung der Intercricothyreotomie die Kanüle durch einen kleinen Ansatz mit einem Gummischlauche, der an seinem distalen Ende einen olivenförmigen Ansatz von Glas oder Hartgummi trägt. Durch diesen Schlauch kann der Arzt die eigene Exspirationsluft in die Lunge des Pat. hineinblasen und darauf die Luft aus dem Thorax durch Kompression wieder herauspressen; man muß dabei also die Luftinsufflation mit der künstlichen Atmung verbinden; die Erfahrung hat gelehrt, daß die Expirationsluft genügend Sauerstoff enthält, um die spontane Respiration wieder anzuregen. Gestaltet sich ferner bei Larynxstenose die Narkose gefahrvoll, so empfiehlt es sich, unter Lokalanästhesie die Intercricothyreotomie vorzunehmen und die Narkose durch die eingeführte Kanüle fortzuführen. Botey schlägt ferner bei blutreichen Operationen im Gesicht oder im Rachen die Intercricothyreotomie vor, um den Rachen tamponieren zu können und dadurch das Herunterfließen von Blut in die tieferen Luftwege zu verhüten. Diesem Vorschlage möchte Verf. vorliegender Arbeit nicht Folge geben, da wir in der peroralen Intubation nach Kuhn einen unblutigen Eingriff besitzen, mit dem wir dasselbe erreichen können. Nach Botey soll ferner bei der Exstirpation des Larynx und bei der Thyreotomie die Intercricothyreotomie gegenüber der Tracheotomie wesentliche Vorteile bieten. Auch bei der Strumektomie erleichtert voraussichtlich bei starker Kompression der Trachea durch die vergrößerte Schilddrüse die Intercricothyreotomie den Eingriff bedeutend. In einem Falle von schwerem Spasmus glottidis, der im Anschluß an die Bronchoskopie eines vierjährigen Kindes auftrat, konnte Botey durch die Intercricothyreotomie das Leben des kleinen Patienten retten. Auch die bisweilen nach der Bronchoskopie, besonders von Kindern, akut auftretenden subglottischen Oedeme können die Indikation für die Intercricothyreotomie abgeben. Das ganze erforderliche Instrumentarium ist von der Instrumentenfabrik Fr. Baumgartel, Halle a. S., Gr. Steinstraße 17, zu beziehen. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Februar 1913.

Vorsitzender: Herr L. Landau.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Hammerschlag** stellt einen Fall von **Retroflexio uteri gravidi** vor, der durch Laparotomie mit Erfolg behandelt worden ist. Die Patientin hatte vier Monate vor Eintritt in die Behandlung die letzte Menstruation gehabt. Manuelle Aufrichtung gelang nicht wegen breiter Adhäsionen des Uterus an der hinteren Beckenwand; H. machte daher die Laparotomie und löste manuell die Adhäsionen. Darauf Aufrichtung der Gebärmutter und Verkürzung der Ligamenta rotunda. Jetzt, nach 20 Tagen, ist Patientin ohne Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt.

Neue Operation zur Sterilisierung des Weibes mit Möglichkeit der späteren Wiederherstellung der Fruchtbarkeit.

Herr **Blumberg** demonstriert eine neue Operationsmethode, die er bisher in sechs Fällen angewendet hat.

Der Entschluß zur operativen Sterilisierung des Weibes in Fällen von Tuberkulose, Herzfehlern, psychischen Erkrankungen oder bei sonstigen Zuständen, in denen eine Schwangerschaft mit besonderen Gefahren verbunden ist, ist für den Operateur ein sehr schwerer und verantwortungsvoller, da, wie B. an anderer Stelle begründet hat, keine der bisherigen Methoden mit einiger Sicherheit eine spätere Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit gewährleistet, falls die Umstände es wünschenswert erscheinen lassen und die ursprüngliche Krankheit geheilt oder wesentlich gebessert ist. Eine Methode, welche diese Forderung erfüllt, hat B. angegeben und bisher in 6 Fällen angewandt. Sein Plan bei der Operationsmethode ging dahin, das Ovarium in einer für sich völlig abgeschlossenen kleinen Tasche des Peritoneums zu lagern, so daß das Ovum nicht in die Tube gelangen kann, sondern unbefruchtet resorbiert wird. Er erreichte dies dadurch, daß er die Ala vespertilionis wie einen Mantel auf die Rückseite des Uterus herumklappte und die freien Ränder der Ala vespertilionis an die hintere Fläche des Uterus, also unter Belassung der Tube im freien Peritonealraum, mit Seidennaht lückenlos annähte; die Naht wird durch die Mesosalpinx bis an die Seitenkante des Uterus fortgeführt. Da nun das Ovarium an der Rückseite des Lig. latum gelegen ist, kommt es auf diese Weise in eine allseitig abgeschlossene von Peritoneum überzogene Tasche zu liegen: auf der Vorderseite die Serosa der hinteren Uteruswand, auf der Rückseite die beiden Blätter des Lig. Latum. Das Ovarium selbst bleibt also frei beweglich in dieser Tasche, da nur die Ränder des Lig. latum angenäht werden. (Demonstration einer die Methode darstellenden Zeichnung, sowie eines Präparates, an welchem die Art der Anlegung der Naht gezeigt wird.)

Die eventuelle Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit, die selbstverständlich erst nach einer ganzen Reihe von Jahren in Betracht kommen kann, würde in der Lösung der Naht und Herstellung des früheren Zustandes bestehen.

Die Operation kann auf vaginalem oder abdominellem Wege ausgeführt werden. Bisher ist es B. stets gelungen, die Sterilisation auf vaginalem Wege durchzuführen.

Demonstration einer Patientin mit Lungentuberkulose, bei der B. vor zwei Jahren die Sterilisierungsoperation ausgeführt hat. Die Operation sowohl als

auch die Rekonvaleszenz verliefen glatt,; Patientin wurde 13 Tage post operationem geheilt aus der Klinik entlassen.

Es sind bei allen sechs operierten Fällen nach der Operation keinerlei Unterleibsbeschwerden, weder während noch außerhalb der Menses, aufgetreten; die Menses selbst sind in Stärke, Dauer und Intervall stets unverändert wie vor der Operation bestehen geblieben.

Eine Sterilisierungsoperation ohne die Möglichkeit der Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit ist in vielen Fällen nicht indiziert, wo sie sonst indiziert wäre, z. B. wenn es sich um jüngere Frauen mit einer heilbaren Form der Tuberkulose handelt, wenn nur ein oder wenige Kinder vorhanden sind, wo später sehr wohl noch der Wunsch nach einem weiteren Kinde auftreten kann, sei es, daß alle Kinder gestorben sind, oder daß die Frau eine neue Ehe eingegangen ist, aus der sie wieder ein Kind haben möchte. — In psychischer Beziehung fernerhin ist es durchaus nicht gleichgültig, wenn die Patientin das Bewußtsein hat, daß ihre Fruchtbarkeit unrettbar verloren ist. Schließlich ist aber prinzipiell ceteris paribus eine konservative Methode einer Opferung von Organen vorzuziehen.

B. empfiehlt seine Methode, weil an den Tuben und Ovarien selbst sozusagen nicht gerührt wird, sondern alles sich am Lig. latum abspielt, so daß die größte Garantie für die Möglichkeit der späteren Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit gegeben ist. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **S. Gottschalk**: Es ist zu fürchten, daß in einem derart eingebetteten Ovarium allmählich eine kleincystische Degeneration Platz greift, nach Analogie der Fälle, in denen das Ovarium von Schwielen umwachsen ist oder intraligamentär sitzt. Auch ist noch der praktische Beweis zu liefern, daß in einem Falle, wo der Vortr. Gelegenheit hat, die Operation durch wiederholte Laparotomie wieder rückgängig zu machen, auch wirklich eine Gravidität eintritt.

Herr **Blumberg** (Schlußwort): Die von Gottschalk befürchtete Entartung der Ovarien wird dadurch vermieden, daß er sowohl die Tube wie das Ovarium rings von Peritoneum umgeben sein läßt, was dadurch erreicht wird, daß die Naht nur an den Rändern des Ligamentum latum angelegt wird.

Herr **Jeger** berichtet über ein **neues Verfahren der Arterientransplantation**. Es besteht in Folgendem: Ein längeres Stück wird einer entbehrlichen Arterie entnommen, dessen Wand von einer Stelle der Peripherie eines Querschnittes aus in der Längsrichtung durchschnitten und das so erhaltene rechteckige Arterienwandstück durch Zusammennähen der vorher den beiden Endquerschnitten entsprechenden Seiten neuerlich in ein Rohr verwandelt, das zwar kürzer, dafür aber weiter ist als das ursprüngliche Arterienstück. Das neue Rohr wird nun zur Implantation in eine Arterie verwendet, der vorher ein entsprechendes Stück reseziert war. Vortr. hat das Verfahren an Hunden erprobt, bei denen er ein Stück der Aorta abdominalis entfernt und durch ein nach dem beschriebenen Verfahren umgestaltetes demselben Tier entnommenes Stück einer Carotis ersetzt hat. Ein derartig mit Erfolg operierter Hund wird demonstriert.

Tagesordnung:
Geschäftliches und **Wahlen**.

IV. Bücherschau.

Der Gewerkschaftskampf der deutschen Aerzte. Vor Dr. **Theodor Plaut.** (Volkswirtschaftliche Abhandlung der bad. Hochschulen. Neue Folge. Heft 14.) Karlsruhe 1912, G. Braunsche Hofbuchdruckerei und Verlag. Preis im Abonnement 2,40 M., im Einzelverkauf 3 M.

Die Abhandlung gibt in ihrem ersten Teil eine kurze Darstellung des Wesens einer Gewerkschaft, wobei namentlich auch die neuesten Erscheinungen der französischen Syndicats d'ouvriers mit herangezogen werden. Der zweite Teil betrifft ausschließlich den Leipziger Verband und verwandte Organisationen. Er gibt eine geschichtliche Darstellung der Vereinsbestrebungen der Aerzte seit ihren ersten Anfängen und eine Besprechung der Frage, ob der Leipziger Verband und inwiefern er als Gewerkschaft anzusprechen ist. Vor allem wird auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich hier den Organisatoren entgegenstellten bei der Gründung einer Gewerkschaft in den Kreisen der Bourgeoisie, ein Umstand, der wesentliche Abweichungen von dem gewöhnlichen Typus der Gewerkschaften bedingt. Der dritte Teil enthält einen Versuch, die Organisationsbestrebungen der Aerzte vom sozialpolitischen Standpunkt aus zu würdigen, und endlich der Schluß wirft die Frage auf, welche Stellung diesen Organisationen in unserer gegenwärtigen Produktions- und Wirtschaftsgemeinschaft zuzuschreiben ist, und ob man aus diesen ärztlichen Organisationen auch für die Stellung der Arbeiterorganisationen in unserem gegenwärtigen Regime eine Folgerung ziehen darf.

Demnach wendet sich die Arbeit an zwei verschiedene Leserkreise, nämlich erstens an solche, die unmittelbar in Berührung mit den ärztlichen Organisationen treten, also an die Krankenkassenvorstände und Rendanten, und ganz besonders an die deutsche Aerzteschaft, sei sie organisiert oder nicht. Die Arbeit dürfte aber auch bei allen denen Interesse finden, die vermöge ihres Berufs mit unserer sozialen Gesetzgebung zu tun haben, sowie bei denen, die gewerkschaftliche Probleme zu behandeln und zu lösen haben. X.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von Dr. med. et phil. **Robert Sommer**, Geh. Med.-Rat, ord. Professor an der Universität Gießen. Bd. 7, H. 4. Halle a. S. 1912, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung.

In dem vorliegenden Heft wird zunächst der Bericht über den zweiten Kurs mit Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen (9.—13. April 1913) zum Abschluß gebracht. Es sind daraus einige besonders interessante Vorträge hervorzuheben, welche einen Einblick in sonst weniger gekannte und gewürdigte Zustände vergangener Zeiten gewähren, z. B. sprach Prof. Dr. Roller (Karlsruhe) über die Lebensdauer der Geschlechter des ausgehenden Mittelalters in Deutschland (bemerkenswerte Angaben über die im Mittelalter üblichen Frühehen); H. F. Macco (Berlin-Steglitz) erörterte auf Grund von Aachener archivalischem Material die Frage: Bringt materielles oder soziales Aufsteigen den Geschlechtern in rassenhygienischer Beziehung Gefahren? Ferner erwähnen wir die Abhandlung von Mrs. Abel Gotto (London): Die eugenische Bewegung in Großbritannien. — Von Arbeiten aus dem Gebiete der Psychiatrie bringt das Heft eine größere Studie von Dr. K. v. Leupoldt (Teupitz): Das Diktat als psycho-pathologische Untersuchungsmethode und eine kürzere Mitteilung von Dr. Werner H. Becker (Weilmünster): Ist die Dementia praecox heilbar? (mit einigen zusätzlichen Bemerkungen von Sommer).

Die exsudativ-lymphatische Diathese. Eine kurze Skizze für den praktischen Arzt. Von Privatdozent Dr. **Paul Sittler** (Colmar i. Els.), früheren Dozenten für Kinderheilkunde an der Universität Marburg a. L. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 111 S. 3,50 M.

In der deutschen pädiatrischen Literatur ist, hauptsächlich durch das Verdienst von Czerny, im letzten Jahrzehnt wieder das Krankheitsbild der exsudativ-lymphatischen Diathese in seiner Bedeutung gewürdigt worden, ein Krankheitsbild, das schon den alten Aerzten in seinen Grundzügen wohlbekannt, vorübergehend aber unter dem Einfluß der rein anatomischen Richtung der Pathologie in Vergessenheit geraten war. In der vorliegenden Monographie gibt der Verfasser eine kurze zusammenfassende Darstellung des allgemeinen Bildes und der Erscheinungsformen der exsudativ-lymphatischen Diathese an den verschiedenen Organsystemen. Eingehend bespricht er die Behandlung der an dieser Konstitutionsanomalie leidenden Kinder, wobei er als wesentlichsten Punkt die Regelung der Ernährung ansieht. In dieser Beziehung gibt Verfasser detaillierte Anweisungen (vorzugsweise vegetabilische, fettarme, milde Diät). Erst in zweiter Linie kommt die medikamentöse symptomatische Behandlung, die physikalische Therapie und die Bäderbehandlung. Die Schrift wird, wenn auch die Anschauungen des Verfassers nicht in allen Punkten richtig sein mögen, doch von den Allgemeinpraktikern mit Nutzen gelesen werden; besonders hinsichtlich der Therapie bietet sie manche beachtenswerte Anregung.

Kohlehydratkuren bei Diabetes. Von Prof. Dr. **Georg Rosenfeld** (Breslau). [Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Bd. 4, H. 3.] Halle a. S. 1912, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 64 S. 1,80 M.

Seitdem v. Noorden die Haferkur in die Behandlung des Diabetes mellitus eingeführt hat, wendet man wieder den Kohlehydratkuren bei der Zuckerkrankheit erhöhte Beachtung zu. Außer der Haferkur hat man die Milchkur, die Kartoffelkur, eine vegetarische Kur und eine Inulinkur beim Diabetes empfohlen und mit allen diesen Kuren bei manchen Fällen Erfolg erzielt. In der vorliegenden Arbeit gibt der Verfasser, vielfach gestützt auf eigene Beobachtungen, einen Ueberblick über das ganze Gebiet. Im ersten Teil stellt er zusammen, was über die Verwertung der sämtlichen kohlehydratartigen Substanzen von der C_2-Reihe im tierischen und menschlichen Organismus sowie speziell bei Zuckerkranken bekannt ist. Im zweiten Teil bespricht Verf. die obengenannten Kohlehydratkuren vom klinischen Standpunkt, am ausführlichsten die Haferkur, wobei er auch eine theoretische Erklärung der letzteren zu geben versucht. Auch auf die von ihm selbst eingeführte Verwertung des C_7-Zuckers Hediosit (α-Glykoheptonsäurelakton) für die Diabetestherapie geht Verf. ein. Die anregend geschriebene Schrift sei den Kollegen bestens empfohlen.

Die Haferkur bei Diabetes mellitus. Von Privatdozent Dr. **Georg Grund** (Halle a. S.). [Berliner Klinik, Januar 1913, Heft 295.] Berlin W. 35, Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 25 S. 0,60 M.

Die vorliegende Abhandlung beschäftigt sich speziell mit der Haferkur beim Diabetes, ebenfalls sowohl vom theoretischen Standpunkt, wie in klinischer Beziehung. Verf. ist in der Lage, sich auf eigene Beobachtungen und Untersuchungen zu stützen; daneben berücksichtigt er die wichtigsten in der Literatur über den Gegenstand veröffentlichten Arbeiten. Auch diese Arbeit kann zur Belehrung über das praktisch wichtige Thema empfohlen werden. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Zum **Stadtmedizinalrat** von Berlin ist in der vorigen Woche vom Magistrat der derzeitige Direktor im kaiserlichen Gesundheitsamt Geh. Regierungsrat Dr. Friedrich August Weber gewählt worden. Damit ist die seit Jahren von ärztlicher Seite aufgestellte Forderung, der Reichshauptstadt einen hauptamtlich tätigen Leiter ihres Medizinalwesens zu bestellen, auch in bezug auf die Person des Gewählten zur Zufriedenheit gelöst, denn der soeben in sein 41. Lebensjahr getretene Geheimrat Weber, ein geborener Württemberger, genießt in den Kreisen seiner engeren Fachgenossen einen ausgezeichneten wissenschaftlichen Ruf. Aus der Kaiser Wilhelms-Akademie hervorgegangen, ist er seit 1898 mit geringen Unterbrechungen am kaiserlichen Gesundheitsamt tätig gewesen und hat sich besonders durch seine dort ausgeführten Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Rinder- und Menschentuberkulose bekannt gemacht. Er war darnach einige Zeit beurlaubt, um als wissenschaftlicher Generalsekretär für die internationale Hygieneausstellung in Dresden tätig zu sein. Seine jetzige Stellung im Gesundheitsamt bekleidete er als Nachfolger des nach Straßburg berufenen Geheimrat Uhlenhuth seit Ende 1911.

— Während es noch vor kurzem hieß, mit der Leitung des soeben verstädtischten Rettungswesens sollten zwei ärztliche Direktoren, die bisherigen Leiter der Unfallstationen und der Rettungswachen, betraut werden, ist zur allgemeinen Ueberraschung in der vorigen Woche vom Magistrat eine andere Lösung der Frage erfolgt, indem nur ein **ärztlicher Direktor**, und zwar in der Person des bisherigen Direktors der Unfallstationen Dr. Paul Frank ernannt worden ist.

— Zum **Eberswalder Krankenhausstreit**, der seit über zwei Jahren schwebt und kürzlich erst im preußischen Landtage zu Angriffen gegen den Leipziger Verband geführt hat, liegt eine neue Nachricht vor. Vor zwei Jahren hatte der Vorstand des Verbandes der Vaterländischen Frauenvereine der Provinz Brandenburg in einem Rundschreiben den Aerzten davon Mitteilung gemacht, daß er das ehrengerichtliche Verfahren gegen den früheren Leiter des von dem genannten Verbande in Eberswalde unterhaltenen Krankenhauses, Dr. Heidemann (der — nebenbei bemerkt — doch wohl wegen seiner Verdienste um die genannte Anstalt bereits in jungen Jahren mit dem Roten Adler-Orden dekoriert wurde. Red.), beantragt habe und daß die Anklageschrift beim Magistrat zu Eberswalde und beim Superintendenten K. zur Einsicht ausliege. Im November 1911 wurde daraufhin die stellvertretende Vorsitzende des Verbandes Frau v. Arnim-Züsedom wegen Beleidigung des Kollegen H. zu einer empfindlichen Geldstrafe verurteilt. Die von ihr eingelegte Berufung wurde vertagt, bis das Ehrengericht seine Entscheidung gefällt habe. Am 4. d. M. hat nunmehr der preußische Ehrengerichtshof die erhobenen Vorwürfe geprüft und den Kollegen Heidemann freigesprochen. Frau v. Arnim wird sich daher binnen kurzem in zweiter Instanz vor dem Landgericht II Berlin wegen Beleidigung des Kollegen H. zu verantworten haben.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Leipzig. Dr. Bernhard Schweitzer hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

Breslau. Vor kurzem ist hier die Gründung der ersten reichsdeutschen **Vorklinikerschaft** erfolgt. Die Beteiligten erwarten, daß die vorklinischen Semester aller anderen Universitäten diesem Beispiele folgen und sich zu einem gemeinsamen Verbande, ähnlich dem der Klinikerschaften, zusammenschließen werden.

Gießen. Dr. W. Sulze hat sich für Physiologie habilitiert.

— Auf der Internationalen Ausstellung für Sozialhygiene in Rom erhielt die **Gießener Klinik für psychisch-nervöse Krankheiten** den Großen Preis und der Direktor der Klinik Prof. Sommer das Ehrenkreuz, die höchste auf der Ausstellung verliehene Auszeichnung.

Erlangen. Dr. W. Löbenhoffer hat sich für Chirurgie habilitiert.

München. Dr. Alwin Ach hat sich für Chirurgie habilitiert.

Freiburg i. B. Dr. J. Oehler hat sich für Chirurgie habilitiert.

Straßburg i. E. Den Privatdozenten Dr. med. Karl Pfersdorff (Psychiatrie), Dr. Julius Baer (innere Medizin) und Dr. Walter Berg (Anatomie) ist der Professortitel verliehen worden.

Wien. Dr. A. Luger, Assistent der Medizinischen Universitätsklinik, hat einen Ruf als Radiologe an die Harvarduniversität in Boston erhalten.

Wien. Ein Teil des Erträgnisses der von weiland Erzherzog **Rainer** errichteten **Stiftung** zur Förderung wissenschaftlicher Forschungen wurde im Betrage von 2000 Kronen dem Professor der Physiologie an der Wiener Universität Regierungsrat Dr. Alois Kreidl verliehen.

Prag. Der bisherige Extraordinarius der Histologie und Embryologie an der tschechischen med. Fakultät Prof. Dr. O. Srdinko wurde zum ordentlichen Professor befördert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der **Preußische Medizinalbeamten-Verein** hält seine diesjährige Hauptversammlung am 25. April 1913 in Berlin ab. Die auf der Tagesordnung stehenden Vorträge lauten folgendermaßen: „Entwurf eines Wohnungsgesetzes“, Berichterstatter: Regierungs- und Medizinalrat Dr. Wolff (Lüneburg); „Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung“, Berichterstatter: Kreisarzt Medizinalrat Dr. Rogowski (Berlin); „Neuere Verfahren der Abwässerreinigung“, Berichterstatter Geheimer Ober-Medizinalrat Dr. Abel.

— Zur Gründung einer **Wirtschaftlichen Organisation der reichsdeutschen Badeärzte** hat sich ein Ausschuß gebildet, der zu einer Versammlung bei Gelegenheit des Balneologenkongresses in Berlin auf Freitag, den 28. März, 5½ Uhr pünktlich in der Kgl. Charité einlädt. Den einleitenden Vortrag hält Lachmann (Landeck i. Schl.).

Gerichtliches.

Berlin. Ein Arbeiter, der einem Arzt, mit dessen Gutachten in einer Unfallsache er nicht zufrieden war, in der Sprechstunde eine **Mißhandlung** zufügte, wurde vom Landgericht II zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt.

Mainz. Der Chemiker Dr. Th. hatte ein neues Heilmittel seiner Fabrik auf Verlangen an Aerzte abgegeben und war dafür wegen **Uebertretung der Kaiserlichen Verordnung** vom 22. Oktober 1901 vom hiesigen Schöffengericht zu einer Mark Strafe verurteilt worden. In der Berufungsinstanz vor dem Landgericht wurde er jedoch freigesprochen.

Frankfurt a. M. Ein hiesiger „Heilmagnetiseur“, der mehrere erkrankte Personen mit Kandiszucker, Springkraut und „magnetischem Löschpapier“ zu kurieren suchte, wurde wegen **Betruges** in zwei Fällen zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt.

Straßburg i. E. Vor dem Schöffengericht in Schiltigheim hatte sich das Geschwisterpaar M. unter der Anklage des **Betruges** zu verantworten. Die Genannten übten das Heilgewerbe in der Weise aus, daß der Bruder M. seine Schwester angeblich in einen hypnotischen Zustand versetzte, in dem dann die Befragte über an- und abwesende Personen Auskunft zu geben und auch innere Krankheiten bei ihnen zu erkennen und Heilmittel dafür anzugeben in der Lage sein sollte. Nach zweitägiger Verhandlung wurden die Angeklagten von der Anklage wegen Betruges freigesprochen, dagegen wegen verbotenen Wahrsagens zu je 10 M. Geldstrafe verurteilt. Die Entlastungszeugen, die sich aus den verschiedensten Ständen rekrutierten, behaupteten, daß ihnen die Kunst der Aerzte nicht geholfen habe, wohl aber die „Schlofere“. (Pharmac. Ztg.)

Verschiedenes.

Berlin. Die 1904 begründete **Dettweiler-Stiftung**, deren Zweck es ist, Heilstättenärzten und deren Angehörigen in Notlagen helfend beizustehen, hielt am 14. Januar d. J. unter dem Vorsitze des Ministerialdirektors Dr. Kirchner eine Vorstandssitzung ab. Das Vermögen beträgt 30 500 M. Wie der Schriftführer Prof. Dr. Nietner berichtete, blieb die Stiftung bisher von erheblicheren Ansprüchen verschont, vornehmlich, weil zurzeit noch die meisten Heilstättenärzte Männer in der allerbesten Rüstigkeit sind. Trotzdem aber bestehen schon Beweise ihrer Notwendigkeit, und da infolgedessen jederzeit damit gerechnet werden muß, daß berechtigte Ansprüche an die Stiftung gestellt werden, tut es not, möglichst bald ihre Mittel auf eine ausreichende Höhe zu bringen. Deshalb bittet der Vorstand um Zuwendungen, besonders aber um möglichst zahlreiche Erwerbung der Mitgliedschaft. Zuschriften an Herrn Prof. Dr. Nietner, Berlin W. 9, Linkstr. 29, Geldsendungen an Herrn Kommerzienrat Cohrs, Berlin W. 9, Lennéstr. 4.

Karlsruhe. Dezember 1912 fand im Ministerium des Innern unter dem Vorsitze des Geheimen Obermedizinalrats Hauser, Geschäftsführers des **Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge**, eine Besprechung der Frage statt, in welcher Weise der Landesausschuß die Aerzte des Landes zur Mitarbeit für seine Bestrebungen gewinnen könnte. Man einigte sich auf folgende Leitsätze: 1. Es ist grundsätzlich möglich, die Aerzte zur Mitarbeit an den Bestrebungen des Landesausschusses heranzuziehen. Als Mittel zur Erreichung dieses Zieles werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen: a) Die Aerztevereine sollen korporativ Mitglieder des Landesausschusses für Säuglingsfürsorge werden. Soweit dies nach der Satzung des Vereins nicht möglich ist, soll der Vorstand Mitglied werden und der Verein den Beitrag bezahlen. b) Ueber die Bestrebungen des Landesausschusses soll ein orientierender Bericht in den Aerztlichen Mitteilungen veröffentlicht werden. c) In den Aerztevereinen sollen von geeigneten Persönlichkeiten (Hochschulprofessoren) Vorträge gehalten werden, die sowohl die Organisation der Säuglingsfürsorge wie die Säuglingsbehandlung zum Gegenstand haben. d) Ueber die unter c genannten Vorträge sollen in Heidelberg und Freiburg besondere Fortbildungsvorträge für weitere ärztliche Kreise über denselben Gegenstand gehalten werden. e) Die Aufgaben des Arztes und der vom Landesausschuß bezw. Kreis angestellten Wanderlehrerin sollen genau abgegrenzt werden, um ein harmonisches Zusammenarbeiten beider zu ermöglichen. Demnächst ergehen an die Vorstände der Aerztevereine nähere Mitteilungen.

München. Das häufigere Auftreten von Fällen spinaler Kinderlähmung in verschiedenen Teilen Bayerns, das im vergangenen Jahre beobachtet wurde und das die Befürchtung nahelegt, es könnte sich auch in Bayern ein epidemischer Ausbruch dieser bösartigen Krankheit vorbereiten, hat die Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde veranlaßt, eine Sammelforschung über das **Vorkommen der Kinderlähmung in Bayern** zu veranstalten. Sie versendet einen Fragebogen an alle bayerischen Aerzte, in dem an Hand von 9 Fragen Aufschluß über alle wichtigeren Punkte (Zahl der Fälle, Zeit des Auftretens, Sterblichkeit, von der Norm abweichende und rudimentäre Fälle, Art der Uebertragung, gleichzeitiges Auftreten anderer Infektionen etc.) erbeten wird.

Altona. Der Leiter der hiesigen städtischen Irrenanstalt Dr. Cimbal wurde von einem vor kurzem aus einer anderen Irrenanstalt entlassenen Kranken, der seine in der Anstalt des Dr. C. untergebrachte Frau besucht hatte, ohne jede Veranlassung durch mehrere Revolverschüsse **schwer verletzt**.

Wien. Von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien wird neuerdings der von Dr. med. **Moritz Goldberger** gestiftete **Preis** von 2000 Kronen ausgeschrieben. Preisthema: „Entstehung und Therapie der Reflexanurie"; bewerbungsberechtigt sind österreichische, ungarische und deutsche Aerzte. Einsendungstermin: 15. Mai 1914. Adresse: K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien; Motto, Name des Autors in einem verschlossenen Kuvert mit demselben Motto.

Franzensbad. Der **Verein zur Erbauung eines Aerztekurhauses in Franzensbad** eröffnet für den Monat Mai d. J. wieder 10 Freiplätze für kurbedürftige Kollegen und deren Gattinnen. Dieselben umfassen folgende Benefizien: Freie Wohnung in Privathäusern, unentgeltliche ärztliche Behandlung, unentgeltliche Kurmittel, Befreiung von Kur- und Musiktaxen, freien Eintritt in die Lesesäle und zu allen kurörtlichen Veranstaltungen, ferner seitens der Theaterdirektion ein 50 proz. Nachlaß der Eintrittspreise. Bewerber um einen Freiplatz mögen sich bis längstens 20. April beim Präsidium des obgenannten Vereins melden.

London. Das „Royal College of surgeons" in London schreibt den **Weber-Parkes-Preis** aus. Preisthema: Eine auf neuen Forschungen beruhende Arbeit über die spezifische Behandlung der Lungentuberkulose. Einsendungstermin: letzte Maiwoche des Jahres 1915. Die Zuerkennung des Preises erfolgt spätestens am 17. Oktober desselben Jahres. Sonstige Bedingungen zu erfahren von Dr. med. J. A. Ormerod, Pall Mall East SW., London. Zur Preisbewerbung werden die Aerzte aller Nationen zugelassen; die Preise bestehen in 150 Guineen und 2 silbernen Medaillen.

Rom. Der **Lombrosopreis** (1000 Lire) wird für die hervorragendste Arbeit oder die bedeutendste Entdeckung auf dem Gebiete der Kriminal-Anthropologie bei Gelegenheit des Internationalen Kriminal-Anthropologenkongresses in Budapest (1914) vergeben werden. Die Arbeiten müssen in den Jahren 1911 bis 1914 veröffentlicht sein oder veröffentlicht werden. Der Wettbewerb ist international. Näheres durch Prof. G. Aschaffenburg (Cöln), Dr. Hans Kurella (Bonn), Geheimrat Sommer (Gießen).

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Versetzt: Ordentl. Prof. Dr. F. Henke in Königsberg i. Pr. in gleicher Eigenschaft nach Breslau.

Niedergelassen: Dr. W. Wesenberg und Dr. E. Pinczakowski in Hannover, Dr. J. Möllering in Bersenbrück, K. Dittrich in Guttstadt, Dr. M. Conrad in Tilsit, Dr. R. Horn in Rhinow, G. Liese in Ennigerloh, Dr. S. Strauss in Hersfeld, Dr. E. W. Dub in Ems, Dr. K. Frommer in Lauenburg i. Pomm., Dr. F. Piotrowski in Bentschen, Dr. V. Krukowski in Samter, Dr. Chr. Hinrichsen in Christiansfeld, Dr. A. Strömer in Katernberg, Dr. A. Fliescher in Viersen, Aerztin Dr. K. Gaus, geb. Huch, in Berlin, Dr. B. Graf und Dr. Chr. Rowe in Charlottenburg, Dr. E. Kunowski in Berlin-Schöneberg, Dr. A. Jacobson in Gnesen, Dr. R. Schumacher in Halle a. S., Dr. R. Wolter in Kayna, Dr. F. Budde in Hannover.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. R. Stattmüller von Brachelen, Dr. W. Quilitz von Rauschen, Dr. K. Faltz von Zoppot, Dr. L. Elpers von Dortmund, Dr. K. Caspar von Altena, Dr. H. Trümper von Witten, Dr. Eyselein von Herne, Dr. H. Reeder, Dr. O. Harrwig, Dr. R. Kayser und Dr. R. Kramer von Bochum, Dr. H. Fimmen von Frankfurt a. M., Dr. M. Ludwig von Wiesbaden auf Reisen, Dr. B. Lewin von Belgard a. Pers., Dr. Th. Weynerowski von Posen, L. H. A. Gürich von Eidelstedt, Dr. G. Heermann von Kiel, Dr. J. Kalkhof von Barmen auf Reisen, Dr. K. F. Seer von Leichlingen, Dr. W. Baggert von Berlin.

Bayern.

In den Ruhestand versetzt: Der Zentralimpfarzt Med.-Rat Dr. Ludwig Stumpf in München auf sein Ansuchen.

Ernannt: Der prakt. Arzt und bisherige Assistent an der Zentralimpfanstalt Dr. Alfred Groth in München zum Zentralimpfarzt; der Assistenzarzt der Psychiatrischen Klinik in München Dr. Johann Weinberger zum Anstaltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee.

Niedergelassen: Dr. R. Weilepp in Vohburg, Dr. J. Cornet in Partenkirchen, Dr. Leo Danzer in Weilheim, Dr. W. Prutz in Garmisch, Prof. Dr. K. Schlayer in München, Dr. L. Winter in Marktredwitz, Dr. R. Drachter, Dr. F. Eisenreich und Dr. E. Heinze in München, Dr. Ludwig Maier in Oberstaufen, Dr. Pankratius Meyr in Wallerstein, Dr. W. Schilling in Regenstauf, Dr. Thönnessen in Weiler. — Dr. Eduard Miller übt die ärztliche Praxis in Birnbach wieder aus.

Verzogen: Dr. J. Mitteldorf von Plattling nach Wallersdorf, Dr. J. Hartmann von Wallersdorf, Dr. O. Horschitz von München nach Florenz, Dr. E. Ott von Ulm nach München, Dr. Pöppel von Vohburg nach Vallendar bei Coblenz.

Gestorben: Dr. L. Lochner, bezirksärztlicher Stellvertreter in Pottenstein, Bez.-Amt Pegnitz, Dr. E. Bayr in Wallerstein.

Württemberg.

In den Ruhestand versetzt: Oberamtsarzt Med.-Rat Dr. Ray in Ehingen unter Verleihung des Ritterkreuzes 1. Kl. des Friedrichsordens.

Gestorben: Oberamtsarzt a. D. Dr. Ludwig in Ludwigsburg, Dr. Alb. Wagner in Stuttgart, Dr. Alfred Müller in Göppingen.

Baden.

Auszeichnungen: Titel außerordentlicher Professor: Privatdozenten Dr. Fühner und Dr. Samuely in Freiburg i. Br.

Braunschweig.

Auszeichnung: Titel als Professor: Oberarzt am Herzoglichen Krankenhause Dr. Bingel in Braunschweig.

Gestorben: Dr. Kleine in Seesen.

Oldenburg.

Niedergelassen: Marine-Oberstabsarzt Dr. M. C. Fr. Rogge in Rüstringen, Dr. K. G. Ammermann in Brake.

Waldeck.

Auszeichnungen: Charakter als Sanitätsrat: Dr. Grosch in Pyrmont.

Fürstlich Waldecksches Verdienstkreuz 4. Kl.: San.-Rat Dr. Götte in Rhoden (Waldeck).

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. Julius Simon in Hamburg.

Gestorben: Dr. O. B. H. Meyersahm in Hamburg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 29. März 1913 | No. 13

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 8,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang | Berlin, 29. März 1913 | No. 13

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Ersatz des Ichthyols durch Ichthynat Heyden.

Von

Dr. **Schattauer** (Charlottenburg).

Bekanntlich war das Ichthyol, ehe es von Unna in den Arzneimittelschatz eingeführt wurde, ein viel benütztes Volksheilmittel, das besonders wegen seiner schmerzstillenden Wirkung bei rheumatischen und gichtischen Schmerzen und wegen seiner Heilwirkung bei äußerlichen Verletzungen geschätzt wurde. Nachdem nun das Ichthyol seit langer Zeit von vielen Aerzten gegen alle möglichen Krankheiten, besonders auch viel gegen innere Krankheiten, verwendet wurde, müßte man annehmen, daß die Frage über die Art seiner Wirkung und über die pharmakologischen Grundlagen seiner therapeutischen Anwendung geklärt ist. Dies ist jedoch keineswegs der Fall. Wir wissen zurzeit noch nicht, inwieweit die therapeutische Wirkung des Ichthyols auf bestimmte Einzelheiten seiner chemischen Konstitution zurückzuführen ist. Das hervorstechendste Merkmal dieser chemischen Konstitution ist der hohe Schwefelgehalt des Ichthyols. Dieser Schwefelgehalt stammt aus den Eiweißkörpern der Fische, aus deren fossilen Ueberresten das Ichthyol gewonnen wird. Neben dem hohen Schwefelgehalt sind es auch die im Ichthyol vorkommenden doppelten Bindungen, welche von den Pharmakologen als Träger der Wirkung angesehen werden. Diese doppelten Bindungen erleichtern gemäß bekannten chemischen Tatsachen sehr die Umsetzung solcher Verbindungen mit anderen Körpern, machen solche Substanzen also reaktionsfähiger. Immerhin ist wohl am meisten die Ansicht verbreitet, daß die Wirkung des Ichthyols in erster Linie auf seinem Gehalt an natürlichem (nicht oxydiertem) Schwefel beruht. Wie haben wir uns nun die Wirkung des Schwefels vorzustellen? Die Pharmakologen sprechen von einer antiparasitären, resorptionsfördernden, keretoplastischen, reduzierenden Wirkung. Indessen sind alle diese angeblichen Wirkungen zu wenig experimentell erforscht, als daß wir damit wie mit wohlbegründeten Tatsachen rechnen dürfen. Wir sind vielmehr zurzeit noch gezwungen, uns einfach an das empirisch Festgestellte zu halten, und das ist ohne Zweifel folgendes:

Ichthyol wirkt bei manchen Hautkrankheiten, ebenso bei äußerlichen Verletzungen, sehr günstig auf den Heilungsprozeß; bei infektiösen Krankheiten des weiblichen Genitalapparates (Para- und Perimetritis, Cervixkatarrhen etc.) fördert es die Resorption von Infiltraten und wirkt schmerzstillend. Was darüber hinaus vom Ichthyol behauptet wird, ist zu wenig als gesicherter, wissenschaftlicher Besitz anzusehen, als daß man sich mit Versuchen zur Erklärung solcher weitergehenden Wirkungen abzugeben hätte. Was wir vom Ichthyol gesagt haben, gilt in demselben Maße von Präparaten, die ebenso wie Ichthyol aus dem Tiroler bituminösen Schiefer mit den Ueberresten einer untergegangenen Fischfauna gewonnen werden. Zu diesen gehört in erster Linie das Ichthynat, das durch das Arzneiverordnungsbuch der Krankenkassen Berlins den Berliner Kollegen bereits bekannt sein dürfte.

Den Anlaß dazu, Versuche mit Ichthynat anzustellen, gab mir die häufige Klage der Frauen über den unangenehmen Geruch des Ichthyols und über den bei der langdauernden Behandlung schließlich ins Gewicht fallenden hohen Preis dieses Präparates. Zwar besitzt Ichthynat dieselben unangenehmen Eigenschaften wie das Ichthyol, in der Wäsche schwer entfernbare Flecke zu hinterlassen, jedoch ist der Geruch bei weitem nicht so intensiv wie der des Ichthyols und vor allem ist der Preisunterschied (10 g kosten 50 Pf. statt 85 Pf. bei Ichthyol) ein so wesentlicher, daß allein schon die Feststellung, ob Ichthynat dem Ichthyol therapeutisch gleichwertig ist, eine Untersuchung gerechtfertigt hätte. Diese therapeutische Gleichwertigkeit ist von früheren Autoren bereits festgestellt worden, in erster Linie von Nebesky an der Innsbrucker Universitäts-Frauenklinik. Ich kann mich den Erfahrungen Nebeskys vollständig anschließen.

Angewandt wurde das Ichthynat bei den verschiedensten entzündlichen Erkrankungen des Uterus, der Adnexe und Parametrien, sobald der Ablauf der akuten entzündlichen Erscheinungen es gestattete. Aber auch bei den einfachen Katarrhen der Cervix mit und ohne Erosionsbildung hat sich mir das Ichthynat als außerordentlich heilwirkend gezeigt. Appliziert wurde das Präparat in 10 proz. Glyzerinlösung als Scheidentampon, der einen um den anderen Tag von mir selbst im Scheidenspiegel eingelegt wurde, wobei besonders auch auf vollständige Reinigung der Scheidengewölbe und des Muttermundes mittels feuchter, antiseptischer Wattebäusche Wert gelegt wurde. Der Tampon blieb 24 Stunden liegen und wurde am nächsten Tage von der Patientin selbst an einer daran befestigten Schnur entfernt. In den nächsten 24 Stunden wurden 3 Spülungen mit verdünnter Holzessiglösung vorgenommen, worauf wieder der nächste Tampon eingelegt wurde. Bei der Behandlung der Erosionen wurden natürlich die übrigen Kautelen nicht außer acht gelassen: Ovula Nabothii wurde angestochen, überschießende Granulationen geätzt. Auf die noch leicht blutende Portio kam dann der Ichthynattampon und es gelang so in fast allen Fällen, die Frauen schon nach 2 bis 3 Tampons vor allem von den quälenden Kreuzschmerzen zu befreien. Unter Anwendung von weiteren 8 bis 10 Tampons konnte man dann im Spiegel beobachten, wie sich die Schleimhaut vom Rande her als feiner weißer Saum regenerierte und die Schwellung und ödematöse Durchtränkung der Portio zusehends abnahm. Kam man bei dieser Behandlung bei den einfachen Cervixkatarrhen ohne weiteres zum Ziel, so konnten bei den tieferen Erkrankungen der weiblichen Genitalien die andere resorptionsbefördernden Methoden — Duschen, Heißluftkästen etc. — nicht immer entbehrt werden. Trotzdem glaube ich den Haupterfolg der Ichthynatbehandlung von der Scheide her zuschreiben zu müssen. Vor allem ist die schmerzstillende Wirkung, wie auch N e b e s k y betont, sicher dem Ichthynat zuzuschreiben, da dieser Erfolg auch da eintrat, wo die anderen Methoden aus äußeren Gründen nicht angewandt werden konnten. Die Erfolge wurden um so frappanter, je früher die Behandlung unmittelbar nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen beginnen konnte. Der Säftestrom, der sich in solch frischen Fällen aus dem inneren Genitale ergoß, war so stark, daß vorgelegte Binden mehrfach gewechselt werden mußten. In älteren chronischen Fällen, die längere Zeit der Behandlung bedurften, habe ich die Tampons von den Frauen selbst einführen lassen; auch hier waren gute Erfolge zu verzeichnen, wenn auch das genaue Auflegen der Tampons auf die Portio resp. in das Scheidengewölbe meiner Ansicht nach von eminenter Wichtigkeit zu sein scheint. Die Behandlung war bei leichten und mittelschweren Fällen mit durchschnittlich 12 bis 15 Tampons abgeschlossen; die objektive Besserung war meistens schon bedeutend früher eingetreten.

Nachdem ich eine Zeitlang, angeregt durch die Veröffentlichungen von A b r a h a m, bei den entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane Xerase in ausgedehntem Maße verwandt und mich leider habe überzeugen müssen, daß sie wohl für die akuten Katarrhe der Scheide und der Cervix durchaus Brauchbares leistete, daß sie aber bei den subakuten Entzündungen des Uterus und seiner Anexe sowie der Parametrien, vor allem aber jeder Form einer chronischen Erkrankung vollkommen versagte, bin ich froh, ein Präparat gefunden zu haben, das therapeutisch dasselbe wie das altbewährte Ichthyol leistet, ökonomisch aber und auch in bezug auf den Geruch diesem überlegen ist.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Dr. **C. Credé-Hörder** (Berlin-Friedenau): **Ueber nichtgonorrhoische Ophthalmoblennorrhöen der Neugeborenen und Säuglinge.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Neben den durch Gonokokken hervorgerufenen Ophthalmoblennorrhöen kommen bei Neugeborenen und Säuglingen auch solche Ophthalmoblennorrhöen vor, welche durch andere Bakterien hervorgerufen sind. Das Bild einer nichtgonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe ist nach Verf. folgendes: Verklebung der Augenlider, Rötung der Lidspalte und deren Umgebung, mäßige ödematöse Schwellung des oberen Lides, eitrige oder serös-eitrige Sekretion, Rötung der Conjunctiva bulbi und der Conjunctiva palpebrarum, weiße, dünne Auflagerungen auf der Conjunctiva palpebrarum, Cornea nicht getrübt. Die mikroskopische Untersuchung des Sekrets ergibt nur Leukocyten und wenige Epithelzellen, ferner verschiedene Bakterien, aber in geringer Anzahl. Verf. fand in den meisten Fällen grampositive Diplokokken, in einem sehr hartnäckigen Falle typische Pneumokokken, in drei Fällen Colibakterien. Der klinische Verlauf dieser Ophthalmoblennorrhöen ist verschieden, je nach den Erregern. Die von grampositiven Diplokokken erzeugten Blennorrhöen sind meistens Spätformen. Sie entstehen vorzugsweise im Säuglingsalter, seltener bei Neugeborenen, d. h. im 6. bis 16. Lebenstage; das Sekret ist mehr serös und enthält nur spurenweise Eiter. Die Therapie, bestehend in Reinigung mittels Borsäurelösung, beseitigt die Affektion in 8—10 Tagen. Rezidive sind jedoch nicht selten. Die durch echte Pneumokokken hervorgerufene Blennorrhoe verlief viel schwerer; jedoch wurde hier völlige Heilung erzielt. Die Cornea blieb intakt. Die Therapie bestand in Spülungen mit Borsäurelösung, die alle Stunden ausgeführt wurde. Außerdem wurde am 1. und 5. Tage 1,3 proz. Argent. aceticum-Lösung eingeträufelt. Die 3 Fälle der durch Bacterium coli verursachten Blennorrhöen fingen am 5., 7. und 11. Tage nach der Geburt an und dauerten 4—9 Tage; sie waren auf ein Auge beschränkt. Das Sekret war mehr serös und enthielt wenig Eiter. Die Behandlung bestand in Spülungen mit Borsäurelösung.

Dr. **W. Hering** (Klettwitz [Nieder-Lausitz]): **Perirenales Hämatom nach Scharlach.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Ein 7 jähriger Knabe erkrankte in der Rekonvaleszenz einer Scharlacherkrankung (3 Wochen nach Ausbruch des Exantems) unter den Erscheinungen eines subkutanen Ileus mit fast gleichzeitiger Anschwellung des linken Hodens und des linken Samenstranges. Es wurde Incarceration eines Netzzipfels bei kongenitaler indirekter Hernie angenommen und dementsprechend operativ vorgegangen. Die Operation bestätigte nicht die Diagnose; die angeschlossene Laparotomie ergab eine beginnende Peritonitis und eine Vorwölbung des Peritoneums in der Gegend der linken Niere durch einen Bluterguß. Die Bauchhöhle wurde darauf ohne Drainage geschlossen und die Gegend der linken Niere durch Flankenschnitt freigelegt. Es fand sich die Fettkapsel der linken Niere durch zum Teil geronnene, zum Teil noch flüssige Blutmassen zerstört. Der untere Pol der linken Niere war in der Tiefe der Wunde sichtbar und schien normal. Die Wundhöhle wurde gründlich ausgeräumt und tamponiert. Die Untersuchung des Urins ergab kein Eiweiß und Blut. Nach der Operation gingen die peritonitischen Erscheinungen nicht zurück und am dritten Tage nach der Operation trat der Exitus ein. Die partielle Sektion ergab die Nieren völlig frei von Veränderungen; der Ausgangspunkt der Blutung konnte nicht eruiert werden. Ein Trauma als Ursache konnte durch die Anamnese ausgeschlossen werden. R. L.

Eduard Zetzsche: Ueber Spasmophilie. (Dissertation, Erlangen 1912.)

Unter den zur Erklärung des Krankheitsbildes aufgestellten Theorien hält Verf. die von E r d h e i m zuerst aufgestellte und von E s c h e r i c h angenommene Theorie „e i n e r A b h ä n g i g k e i t d e r S p a s m o p h i l i e v o n d e n S c h ä d i g u n g d e r E p i t h e l k ö r p e r c h e n" als die der Wahrscheinlichkeit am nächsten kommende. Er gibt ausführliche Beschreibungen und graphische Darstellungen der ihm von Prof. J a m i n (Erlangen) zur Verfügung gestellten 5 Fälle von Kinderspasmophilie. Details der Kasuistik entziehen sich dem Referat. Zur B e k ä m p f u n g d e r K r a m p f z u s t ä n d e hat sich bei diesen Fällen neben der medikamentösen Behandlung die diätetische geeignet erwiesen. Verf. konnte bei einzelnen seiner Fälle durch Nahrungsentziehung bei ausreichender Wasserzufuhr (Teediät) die Uebererregbarkeit des Nervensystems in 24—28 Stunden zum Verschwinden bringen und durch nachfolgende Darreichung von Frauenmilch den durch die Hungerperiode wieder annähernd erlangten Normalzustand des Nervensystems auf gleicher Höhe halten. Dabei wurde die Minimalernährung für jedes einzelne Kind streng durchzuführen gesucht. In den Fällen, wo die spasmophilen Krankheitserscheinungen bei starker Ueberernährung mit Kuhmilch hervorgetreten waren, genügte die Herabsetzung der täglichen Milchmenge auf ein sehr geringes Maß, um rasch alle Störungen zum Verschwinden zu bringen; anders jedoch in den Fällen, die mit schweren eklamptischen oder laryngospastischen Anfällen einhergingen; hier mußte die Kuhmilch vorübergehend ganz ausgeschaltet werden. Hier wurde möglichst schnell nach Beendigung des einzelnen Anfalles durch ein Abführmittel (Kalomel) der Darm entleert und gleichzeitig für 24—28 Stunden Tee- oder Schleimdiät verschrieben. Dabei verschwand gewöhnlich mit den Krankheitserscheinungen auch die Uebererregbarkeit mehr oder weniger. Die dann notwendige Wiederaufnahme der Nahrungszufuhr geschah am sichersten in Form ausschließlicher Mehlernährung. Da aber die Verabreichung von Mehlsuppen nicht gut ohne Schaden für die Kinder durch-

geführt werden konnte, so wurde nach dieser Zeit in vorsichtiger Weise Milch in kleinen Portionen gegeben; bei älteren Säuglingen Grießsuppen und solche mit feinzerteiltem zarten Gemüse zur Ergänzung der knappen milcharmen Kost. Die Milchmenge wurde schrittweise vorgehend auf Kosten des Mehles gesteigert. Bei den Fällen, die beim Einsetzen geringer Quantitäten Kuhmilch mit Anfällen reagierten, wurde dieselbe gelabt gegeben, d. h. ohne Molke, und zwar so lange, bis annähernd normale Zuckungswerte sich einstellten. Erst von da an reine Kuhmilch in geringen Quantitäten; allmähliche Steigerung. Gleichzeitig mit dieser diätetischen Therapie wurde die medikamentöse Behandlung in Anwendung gezogen. Bei den sehr schweren, gehäuft auftretenden eklamptischen Anfällen Narkotica, wie Chloral und Brom. Chloralhydratklistiere (0,5 bis 1,0 g pro dosi in 25—50 g Wasser) mit promptem Erfolge. Auch Bromnatrium (0,3 g mehrmals täglich) zeigte gute Wirkung. Von ausgezeichneter Wirkung erwies sich der Phosphorlebertran (Phosphor. 0,01, Olei jec. 100), der eine längere Reihe von Tagen, Wochen und Monaten fortgegeben wurde. F.

Gynäkologie und Tokologie.

Dr. **Beyer** (Hanau): **Ein Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Während Spontanrupturen des Uterus am Ende der Gravidität nicht selten sind, sind spontane Zerreißungen der Gebärmutter im Verlauf der Schwangerschaft, zumal in den ersten Monaten, recht selten. Verf. berichtet über einen derartigen Fall. Er betrifft eine 20 jährige Frau, welche 1½ Jahre vorher ein nicht lebensfähiges Kind 6 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft spontan geboren hatte. Damals mußte die Placenta manuell gelöst werden und es schloß sich daran ein puerperales Fieber von 4 Wochen Dauer an. Beim Verlassen des Bettes, 4 Wochen post partum, wurde damals aus der Scheide eine schwärzliche, stinkende Masse ausgestoßen. Nach 1¼ Jahren trat eine neue Gravidität ein. Die ersten Monate verliefen ohne Beschwerden. Plötzlich traten Schmerzen in der Nabelgegend und Erbrechen ein, ferner auch Symptome von Darmverschluß, weswegen die Patientin in das Krankenhaus gebracht wurde. Es gelang hier, Stuhlgang zu erzielen, und der Zustand besserte sich zunächst. Eine Woche nach der Aufnahme ins Krankenhaus traten dann wieder intensive Schmerzen im Leib, Kollaps usw. ein; der operative Befund machte eine Ruptur des Uterus wahrscheinlich. Die sofort vorgenommene Laparotomie bestätigte die Diagnose. Der 15 cm lange Fötus lag an der Nabelschnur hängend frei im Abdomen. Der rupturierte Uterus wurde mit Zurücklassen von Tuben und Ovarien exstirpiert und die Bauchhöhle nach Entfernung der Blutmassen und gründlicher Spülung vollständig geschlossen, mit Drainage des kleinen Beckens nach der Scheide. Der weitere Verlauf war günstig; 4 Wochen nach der Operation war die Patientin geheilt. Der exstirpierte Uterus entsprach in seiner Größe dem 3.—4. Schwangerschaftsmonat. Der Fundus war in fast ganzer Ausdehnung quer rupturiert; der Riß setzte sich auf die Vorderwand des Uterus fort; die Placenta saß der hinteren oberen Uteruswand fest an. Die mikroskopische Untersuchung der geborstenen Uteruswand ergab neben enormer Verdünnung straffes Bindegewebe mit durchschnittlich nur wenig glatten Muskelfasern. In der nächsten Umgebung des Risses fand sich nur Bindegewebe, das stark durchblutet war. — Von ätiologischer Bedeutung für die Entstehung der Ruptur ist nach Verf. wohl die manuelle Placentarlösung bei der ersten Entbindung mit anschließender septischer Infektion. R. L.

Dr. **L. Bürger**, Assistent und Laboratoriumsleiter an der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in Berlin: **Ueber Abtreibung mit Intrauterinpessaren.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 41.)

Verf. gibt zunächst einen Ueberblick über die Geschichte und die Bewertung der Intrauterinpessare seitens der Gynäkologen, in der eine bedauerliche Verschiedenheit zutage tritt, und berichtet dann über einige Fälle, die uns die großen Gefahren der Intrauterinpessare vor Augen führen. Die Gefahr besteht einmal in Infektionen, Endometritis, Metritis, Parametritis und allgemeiner Sepsis, sodann in schweren Blutungen. Ist schon der nicht schwangere Uterus mit seinem einschichtigen Zylinderepithel gegen mechanische Insulte sehr empfindlich und antwortet er auf ein Intrauterinpessar meist mit entzündlichen Erscheinungen, so gilt dies noch viel mehr vom schwangeren Uterus. Dieser wird durch den Stift viel leichter verletzt wie der normale und die hierbei sowie bei der Ablösung des Eies entstehenden Blutungen geben einen ausgezeichneten Nährboden für das Wachstum der Infektionserreger ab. Selbst wenn Aerzte unter Berücksichtigung aller Vorsichtsmaßregeln eine künstliche Fehlgeburt einleiten, entsteht zuweilen Fieber, so daß die Aerzte gezwungen sind, die Entleerung des Uterus zu beschleunigen. Viel größer ist die Gefahr der Infektion bei Verwendung der Intrauterinstifte, und zwar auch dann, wenn ganz aseptisch resp. antiseptisch gearbeitet wird, was aber von seiten der Abtreiber fast nie geschieht. Vergrößert wird die Gefahr noch dadurch, daß die Intrauterinstifte außerordentlich leicht herausfallen und dann wiederholt eingelegt werden müssen, oder daß kürzere Stifte sich als wirkungslos erweisen und dann durch längere ersetzt werden. Das häufige Auftreten von Infektionen nach Benutzung der Intrauterinstifte zur Abtreibung hat wahrscheinlich darin seinen Grund, daß der Abgang der Frucht nach Einlegen von Intrauterinstiften im allgemeinen viel langsamer zu erfolgen scheint, wie nach Verwendung der von Aerzten zur Erzeugung der künstlichen Fehlgeburt benutzten Mittel, und daß der Abfluß des Sekrets häufig erschwert ist. Neben der Infektion ist es der Blutverlust, der Leben und Gesundheit der Frauen bei Abtreibung durch Intrauterinpessare so häufig gefährdet. Auch hier ist es der langsame Eintritt der Fehlgeburt vor allen Dingen, der die Frauen der Gefahr der Ausblutung aussetzt. Diese Schädigungen durch Sepsis und Blutverlust werden noch dadurch gesteigert, daß aus Furcht vor Entdeckung des Verbrechens ein Arzt entweder gar nicht oder doch viel zu spät zugezogen wird. Besonders sträuben sich die Kranken, vielfach junge Mädchen, gegen die Zuziehung eines Arztes, da sie die Entdeckung der Tat fürchten.

Trotz dieser schweren Schädigung der Frauen bei Abtreibung durch Intrauterinpessare und der Verbreitung dieses Abtreibungsmittels sind Bestrafungen bisher nur wenig bekannt geworden. Mehrere Gründe sind hierfür anzuführen. Zunächst einmal scheinen plötzliche Todesfälle bei dieser Methode nicht vorzukommen. Diese sind es aber gerade, die gar nicht selten zur Bestrafung der am meisten beschäftigten gewerbsmäßigen Abtreiber führten. Dann aber ist den Abtreibern bei Verwendung von Intrauterinpessaren viel leichter möglich, sich den Rücken zu decken, wie z. B. bei Benutzung der Mutterspritze. Der Sachverständige wird wohl immer erklären, daß die Spritze mit dem langen spitzen Ansatze zu nichts anderm als zum Abtreiben diene und wohl ausnahmslos wird Verurteilung wegen versuchter Abtreibung erfolgen. Anders liegt das Verhältnis bei Anwendung der Intrauterinpessare. Auch nach tödlich endenden Abtreibungen mit Intrauterinpessaren wird man den Abtreibern nur selten etwas anhaben können. Die Verteidiger werden den Sachverständigen immer entgegenhalten, daß die Intrauterinpessare nicht zur Abtreibung, sondern zur Verhütung von Schwangerschaft oder zur Behandlung eines Frauenleidens gedient haben. Die Abtreiber selbst heben immer hervor, daß sie ihre Pessare zur Verhütung von Schwangerschaft anwenden. Ein Verbot, die Intrauterinstifte als Antikonzeptionsmittel zu verwenden, ihre Benutzung zu therapeutischen Zwecken aber zu gestatten, wie Spaeth es will, hat keinen Zweck, denn dann würden die Abtreiber eben stets angeben, sie hätten ein vorhandenes Leiden usw. mit diesen Pessaren zu behandeln versucht. Unbestraft werden die Abtreiber, die diese Methode anwenden, zumeist ihr gefährliches Handwerk ausüben können, so lange die Verwendung der Intrauterinpessare in Aerztekreisen nicht allgemein als Kunstfehler gilt. Diese Zeit wird wohl nie kommen. Dagegen würde ein Verbot der Behandlung aller Leiden und Krankheiten der Geschlechtsorgane durch Kurpfuscher, wie es der Gesetzentwurf gegen Mißstände im Heilgewerbe im § 4 vorsah, von großem Nutzen sein. Gewerbsmäßigen Abtreibern könnte dann auf Grund des § 5 jenes Gesetzes das Handwerk gelegt werden. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie (interne und externe, einschließlich der Organotherapie).

Prof. Dr. **Carl Bruck** und Dr. **A. Glück** (Breslau): **Ueber die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum-Kalium cyanatum (Merck) bei äußerer Tuberkulose und Lues.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Die Verfasser berichten über neue chemotherapeutische Versuche, speziell bei Lupus und bei Lues, bei denen an frühere Untersuchungen von Robert Koch und von Behring angeknüpft wurde. Letzterer hatte vor etwa 20 Jahren das Aurum-Kalium cyanatum (Merck) auf seine bakterienhemmende Wirkung geprüft und gefunden, daß das Präparat in der Verdünnung 1:20 000 bis 1:30 000 im Blutserum noch eine baktericide Wirksamkeit entfaltet. Bruck legte sich nun die Frage vor, ob diese Verbindung evtl. im Organismus auf dem Blutweg eine Wirkung gegenüber chronischen Infektionen, speziell der Tuberkulose, entfalten könnte. Zunächst mußte die toxische Wirkung der Verbindung studiert werden. Es ergab sich, daß bei intravenöser Injektion die Dosis letalis bei Kaninchen 15 mg pro Kilo Körpergewicht beträgt. Der Tod erfolgt unter den Symptomen der Zyanvergiftung. Die Dosis toxica, bei der es zu spastischen Krämpfen, Extremitätenlähmungen und starker Dyspnoe kommt, Erscheinungen, die nach 10 Minuten wieder verschwinden, liegt bei 10 mg pro Kilo Kaninchen. Tiere, die jeden zweiten Tag eine Injektion von 1 mg pro Kilo, im ganzen 15 Injektionen, erhielten, blieben

völlig gesund. Tiere, bei denen in gleicher Weise 15 Injektionen à 2 mg pro Kilo gemacht wurden, magerten ab und gingen zum Teil zugrunde (fettige Degeneration der Leber und Nieren). Nach diesen Vorversuchen gingen die Verfasser zur Prüfung des Präparats beim Menschen über, und zwar wählten sie als Prüfungsobjekt zunächst nur Lupusfälle. Folgende Dosierung wurde angewendet: Erwachsene erhalten 0,02—0,05 pro dosi, jeden zweiten bis dritten Tag, im ganzen 12 Injektionen; Kinder von 6—14 Jahren 0,005—0,03 pro dosi, jeden zweiten bis dritten Tag, im ganzen 12 Injektionen. Die Injektion geschah stets intravenös. Aus einer haltbaren 1 proz. Stammlösung in destilliertem Wasser werden die gewünschten Dosen, z. B. 1 bis 3 ccm Lösung, aufpipettiert und in eine 0,6 proz., frisch sterilisierte und mit frisch bereitetem destillierten Wasser hergestellte Kochsalzlösung gegeben, und zwar 1—3 ccm in 50 ccm, höhere Dosen in 100 ccm Kochsalzlösung. Die Lösung wird in derselben Weise wie Salvarsan infundiert. Schädigungen traten bei den Infusionen niemals auf. Die Wirkung der Infusionen auf lupöse Infiltrate und Ulcerationen äußerte sich zunächst in einer bei der Mehrzahl der Fälle auftretenden Lokalreaktion 24 Stunden, zuweilen auch 48 Stunden nach der Infusion. Ein therapeutischer Effekt auf lupöse Prozesse war in den meisten Fällen unverkennbar. Er äußert sich manchmal sehr rasch, bereits nach der zweiten bis dritten Infusion, in anderen Fällen allmählicher. Zunächst ändert sich die Farbe, indem sie einen matteren, rein gelblichen, weniger entzündlichroten Ton annimmt. Infiltrate zeigen Rückgänge; die wallartig erhabenen Ränder werden flacher; die Granulationen scheinen in sich zusammenzusinken und kreisrunde Herde vom Zentrum nach der Peripherie abzuheilen. Ulcerative Prozesse reinigen sich und epithelisieren. Am geringsten ist der Erfolg bei verrukösen Formen und bei wachsgelben, stark verkästen, in narbigen Herden sitzenden Knoten und Knötchen. Vorläufig ist in den 21 behandelten Lupusfällen nur ein Rückgang der Erscheinungen, aber noch keine definitive Heilung erzielt. Bei Lupösen, die gleichzeitig tuberkulöse Prozesse an den Lungen hatten, wurden einige Male Reaktionen auch an den Lungen beobachtet. — Um die Wirkung zu erhöhen, wurden ferner einige Fälle kombiniert mit Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum behandelt. Die Patienten erhielten zuerst solche Tuberkulindosen, die noch zu einer eben deutlichen Lokalreaktion führten, und dann auf der Höhe der Reaktion, also meist nach 24 Stunden, die intravenöse Infusion. Die Resultate waren den bei alleiniger Aurum-Kalium-cyanat-Behandlung hinsichtlich der Schnelligkeit der Wirkung entschieden überlegen. — Zum Schluß wurde an 7 Fällen die Wirkung des Mittels bei Lues geprüft, bei gleicher Dosierung. Die Wirkung bei primärer und sekundärer Lues entsprach, was das Verschwinden der Spirochäten und den Rückgang der Symptome anlangt, der Wirkung eines starken Quecksilberpräparates, blieb dagegen hinter der Salvarsanwirkung weit zurück. Dagegen wurden die bisher behandelten tertiären Fälle durch die Infusionen von Aurum-Kalium cyanatum in einer Weise beeinflußt, die der Salvarsanwirkung wenig nachsteht. R. L.

Dr. **Decker**, Assistent d. Chir. Abtl. d. St. Vincenz-Krankenhauses zu Cöln: **Die Scharlachrotsalbe und ihre Modifikationen.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 49.)

Auf Grund der Forschungen von B. Fischer über die epithelisierende Kraft des Scharlachöls hat Schmieden zuerst die Behandlung mit Scharlachrotsalbe in die Chirurgie eingeführt. Diese Salbe wird auf Verbandgaze aufgestrichen wie jede andere Salbe. Ihre Anwendung ist jedoch nur bei solchen Wunden indiziert, die eine frische, nicht sezernierende Granulationsfläche zeigen. In den anderen Fällen wird durch die Salbe ein heftiger Reiz ausgeübt, der eine starke Wundsekretion zur Folge hat und dadurch die Epithelisierung behindert. Bei der Anwendung dieser Scharlachrotsalbe konstatierte man nun bald eine unangenehme Nebenerscheinung. Durch den intensiven Farbstoff wird nämlich der ganze Verband sowie die Bettwäsche sehr stark rot gefärbt. Man bemühte sich daher, diese Färbekraft der Salbe zu beseitigen oder doch wenigstens zu vermindern. Hayward stellte Versuche an, um die wirksame Substanz in der Scharlachrotsalbe zu eruieren. Er fand diese in dem Amidoazotoluol. Dies stellt ein rötlichbraunes Pulver dar, mit einem Schmelzpunkte von 100 °; es ist unlöslich in Wasser, leicht löslich dagegen in Alkohol. Das Präparat befindet sich im Handel hauptsächlich als Amidoazotoluol medicinale „Agfa" und „Kalle". Fast ausschließlich benutzt man jetzt zur Herstellung der Scharlachsalbe das Amidoazotoluol. Seitdem die Amidoazotoluolsalbe in den Arzneischatz eingeführt ist, hat Verf. sie zum Verbinden von granulierenden Wunden stets benutzt. Leider mußte er dabei konstatieren, daß ihr Preis ein recht erheblicher ist. Aber die Wirkung dieser Salbe schien besser zu sein als die der gewöhnlichen Scharlachrotsalbe. Außerdem war das Arbeiten mit derselben bedeutend sauberer, da der Verband nur leicht gelb gefärbt wurde, die Wäsche jedoch nie, falls nicht die Salbe direkt mit ihr in Berührung kam. Die Wunden waren mit festem Epithel überzogen und zeigten keine Narbenbildung; ein Vorteil, der besonders bei Wunden in der Nähe von Gelenken nicht zu unterschätzen ist. Die chemischen Fabriken von Kalle & Co. stellten in der letzten Zeit eine dem Amidoazotoluol ähnliche Substanz her, die absolut keine unangenehmen Färbeeigenschaften haben sollte. Diesen Stoff nennen sie Pellidol. Das Pellidol ist das Diacetylderivat des Amidoazotoluols. Ausgehend von dem Gedanken, daß, wenn der Salbe ein Desinfizienz zugesetzt würde, ein noch besserer Heilerfolg erzielt werden könne, stellte die gleiche Firma die Azodolensalbe her. Azodolen ist ein Gemisch von gleichen Teilen Pellidol und Jodolen. Verf. hatte Gelegenheit, diese Salben bei einer großen Reihe von granulierenden Wunden anzuwenden. Seine Erfahrungen haben ihm gezeigt, daß die Amidoazotoluolsalbe, sowie die Pellidol- und Azodolensalbe gegenüber der Scharlachrotsalbe den großen Vorteil der Sauberkeit besitzen. Die Pellidol- und Azodolensalbe haben im Gegensatz zur Amidoazotoluolsalbe den Vorzug, daß sie in einer 2 proz. Konzentration die gleiche oder vielleicht eine bessere und schnellere Wirkung bezüglich der Epithelisierung hervorrufen. Außerdem ist der Preis der beiden letzten Salben ein geringerer, da zur Erzielung desselben Erfolges hier nur eine 2 proz. Salbe erforderlich ist, während die anderen Salben 8 proz. zur Verwendung kommen. Kr.

San.-Rat Dr. **Kraner** (Zehlendorf): **Ueber Hediosit.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Als Hediosit wird ein Siebenzucker: das Lakton der Glykoheptonsäure $C_7H_{12}O_7$, in den Handel gebracht; es ist in Wasser leicht löslich und bildet glänzende trimetrische Kristalle, die bei 145 ° bis 148 ° C. erweichen; es wurde vor einiger Zeit von Georg Rosenfeld als nährender Süßstoff für Zuckerkranke empfohlen. Es wird in Tagesdosen von 10 bis 30 g, in Tee oder den Speisen zugesetzt, gegeben. Verf. prüfte das Hediosit in bezug auf seine Verwendbarkeit an 19 Patienten des Prof. Sandmeyerschen Sanatoriums für Zuckerkranke und kam zu folgenden Ergebnissen: Die Zuckerausscheidung sinkt bei Hediositgebrauch um durchschnittlich 5,3 g; nach Aussetzen des Mittels steigt sie bald wieder erheblich an (bis 7,4 g im Mittel). Bei Hediositgebrauch wird im Nachtharn weniger Zucker ausgeschieden als im Tagesharn. Die Schwankungen in der Zuckerausscheidung sind bei den einzelnen Kranken während der Tage der Hediositanwendung sehr verschieden groß. Zunächst ist in der Mehrzahl der Fälle ein starkes Sinken derselben zu beobachten, dem manchmal ein vorübergehendes Ansteigen folgt. Die volle Hediositwirkung tritt zumeist innerhalb der ersten 12 bis 24 Stunden der Darreichung, selten erst am zweiten Tage, ein, um in solchen Fällen manchmal eine kurze Nachwirkung innerhalb der dem Aussetzen des Mittels folgenden 24 Stunden mit sich zu bringen. Das Hediosit hat manchmal einen gewissen Einfluß auf die Harnmenge; eine größere Verminderung derselben hängt u. a. mit Diarrhöen infolge Hediositanwendung und eventuell mit Wassersekretion in den Geweben bei gleichzeitigem Gebrauch von doppeltkohlensaurem Natron zusammen. Das Hediosit ermöglicht stärkere Wirkungen der intensiveren Diätbeschränkung und macht den Effekt der Gemüse-Eiertage ausgiebiger. In der Mehrzahl der Fälle scheint Hediosit die Acetonausscheidung herabzumindern. An sich hat Hediosit keinen wesentlichen Einfluß auf die Zunahme oder Abnahme des Körpergewichtes. In etwa ¼ der Fälle bewirkte das Mittel Diarrhöen meist vorübergehender Art, in 3 Fällen Appetitlosigkeit und Uebelbefinden nach Tagesdosen von 30 g. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigt.

Dr. **William Kölle: Weiteres zur Behandlung der Sklerodermie mit Coeliacin.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Verf. hatte im vorigen Jahre über einen Fall von diffuser Sklerodermie berichtet, in welchem er bei Anwendung von Mesenterialdrüsenextrakt weitgehende Besserung erzielte. Die betreffende Patientin setzte die Therapie weiter fort; sie nahm täglich 3 mal, nach dem zweiten Frühstück, Mittag- und Abendessen, je eine der von Merck gelieferten Coeliacintabletten, von denen jede 0,3 getrockneter Mesenterialdrüsensubstanz enthält. In der Diät wurde die Vermeidung jeden Gewürzes und Reduktion der Fleischaufnahme auf einmal täglich beobachtet. Dabei hielt die Besserung an. Eine vollständige Beseitigung der Veränderungen ist allerdings nicht eingetreten; besonders die Hände bezw. die Finger zeigen noch narbige Veränderungen, jedoch kann die Patientin die Hände zu allen Verrichtungen gebrauchen.

Dr. **Thomas Pertik** (Budapest): **Ueber Jodostarin und Jodpräparate in der Therapie der Lungenschwindsucht.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Verf. ist der Ansicht, daß man die Jodverbindungen als Specifica gegen Lungentuberkulose mit dem gleichen Recht gebrauchen kann, wie das Kreosot, Guajakol, Arsen und die Kakodylpräparate. Er verordnet seit längerer Zeit Jodpräparate auch bei solchen Tuberkulösen, bei denen luetische Komplikationen gänzlich ausgeschlossen sind, z. B. bei älteren sklerotischen Phthisikern mit Atembeschwerden, für Dauerkuren, und

hat sich überzeugt, daß die Tuberkulösen das Jod gut vertragen. Da die Jodalkalien zu schnell ausgeschieden werden, müßten sie zur Erzielung einer Dauerwirkung fortwährend gegeben werden; hierbei treten jedoch leicht die Erscheinungen des Jodismus auf. Deshalb sind für Dauerkuren organische Jodverbindungen geeigneter. Verf. hat neuerdings speziell das Jodostarin bei Tuberkulösen versucht und ist im allgemeinen mit dem Ergebnis zufrieden. Das Jodostarin entfaltet keine schädliche Wirkung, ist völlig geschmacklos, verursacht Jodismus nur in großen Dosen; es passiert den Magen ohne irgendwelche Veränderung, wird schnell aufgenommen, dagegen langsam ausgeschieden, und vermag demnach Dauerwirkungen zu erzielen. Bei den mit Jodostarin behandelten Lungenkranken wurde die Atmung und Herztätigkeit verbessert, ebenso der Appetit und das Allgemeinbefinden; eventuell erhöhte Temperatur sank. Der Auswurf wurde weniger, die Zahl der Tuberkelbacillen im Sputum ging zurück. Nur in zwei vorgerückten Erkrankungsfällen trat im Verlauf der Jodostarindarreichung Hämoptoe ein. R. L.

Dr. med. **Doering** (Berlin-Friedenau): **Ueber Euresolhaarspiritus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 6.)

Nach den Erfahrungen des Autors hat der Euresolhaarspiritus gegenüber den bisherigen Mitteln mehrere Vorzüge. Er wurde hauptsächlich bei Psoriasis capitis gebraucht. Schon nach 1—2 Waschungen verschwand das lästige Jucken wie die Schuppenbildung gänzlich. Die Anwendung ist äußerst einfach. Gleich nach dem Aufstehen früh besprengt man die Kopfhaut mit dem Spiritus und verreibt ihn mit den Fingerspitzen. Damit ist alles geschehen. Man braucht den Kopf nicht zu waschen, wie bei anderen sonst guten Haarmitteln, was in der kühlen Jahreszeit leicht zu Erkältungen führt. Bis zur Beendigung der Toilette ist die Kopfhaut und das Haar völlig trocken. Ein Einfetten ist, da der Spiritus etwas ölige Konsistenz besitzt, unnötig. K.

Prof. **V. Hinsberg** (Breslau): **Zur Beseitigung der Schluckbeschwerden bei Larynxerkrankungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 53.)

Zur Beseitigung der Schluckschmerzen bei Larynxerkrankungen, vor allem der Larynxtuberkulose, kommt in erster Linie die intralaryngeale Behandlung in Betracht. Versagt diese, so muß man anästhesierende Maßnahmen anwenden. Hoffmann (München) hat hierfür die Anästhesie des Nervus laryngeus superior durch Alkoholinjektion in den Nervenstamm empfohlen. Diese Methode ist in der Tat, wie Verf. auf Grund zahlreicher Erfahrungen bestätigt, sehr empfehlenswert; sie beseitigt die Schmerzen für längere Zeit. Wenn das Verfahren aus irgendwelchen Gründen nicht angewendet werden kann, muß der Schmerz durch intralaryngeale Anwendung lokaler Anästhetica bekämpft werden, die von dem Patienten selbst vor der Nahrungsaufnahme appliziert werden. Es kommen hier hauptsächlich Orthoform und Anästhesin in Frage. Hoffmann hat hierfür folgendes Verfahren empfohlen: Das Pulver wird in das trichterförmig erweiterte Ende eines Glasröhrchens geschüttet, dessen anderes Ende der Patient in den Mund nimmt. Durch eine kräftige Inspiration wird es leicht in den Kehlkopf befördert. Ein geeignetes Röhrchen ist aber, besonders in der Landpraxis, nicht immer sofort zu beschaffen. Es genügt aber, wie Verf. betont, eine entsprechende Dosis, etwa 0,3—0,4 g Orthoform oder Anästhesin, trocken auf die Zunge zu schütten und trocken zu schlucken, ohne hinterher zu trinken. Dann lagert sich das Pulver meist auf den betreffenden Infiltraten oder Ulcerationen des Kehlkopfeinganges ab, und nach wenigen Minuten tritt meist eine so vollkommene Anästhesie ein, daß der Patient ohne Beschwerden schlucken kann. In der angegebenen Dosis kann das Pulver 3—4 mal täglich mehrere Wochen ohne schädliche Nebenwirkungen gegeben werden. Auch ein Nachlassen der anästhesierenden Wirkung durch Gewöhnung tritt nur selten ein.

Dr. **H. Langbein** (Leipzig): **Beitrag zur Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Verf. schlägt vor, in Fällen von Ischias, welche den anderen bekannten Behandlungsmethoden trotzen, die epidurale Injektion zu versuchen. Er hat diese in der Leipziger medizinischen Universitätsklinik bei 12 Fällen von Ischias angewendet. Zur Injektion benutzte er, im Anschluß an Untersuchungen von O. Gros und Läwen, eine Novocain-Bicarbonatlösung, und zwar 1 proz. Das Pulver:

Natr. bicarbonic. puriss. pro analysi Merck . . 0,25
Natr. chlorat. 0,5
Novocain 1,0

wird dazu in 100 ccm destilliertem, sterilisiertem Wasser kalt aufgelöst und noch einmal halb aufgekocht. Als Injektionsstelle dient der Hiatus sacralis. Um ihn aufzufinden, sucht man sich die beiden Sakralhöcker auf. Zwischen diesen spannt sich eine Membran aus, die den Sakralkanal nach unten und hinten verschließt. Man fühlt diese Stelle als eine etwas federnde, eindrückbare Partie. Bei sehr korpulenten Personen ist das Auffinden dieser Stelle meist sehr schwierig. Zur Einspritzung benutzt man eine Rekordspritze von 20 ccm Inhalt. Bei der Injektion sitzt der Patient möglichst weit vorgebeugt, so daß das Gesäß die Kante des Operationstisches ein wenig überragt. Man sticht nun die Nadel senkrecht zum Kreuzbein ein, bis man auf Knochen kommt, dann zieht man die Nadel ein wenig wieder zurück, senkt die Spitze nach dem Gesäß und sticht gerade nach oben 4—5 cm weit in den Sakralkanal ein. Darauf injiziert man langsam, so daß man in ungefähr 5 Minuten die Injektion beendet hat. Bei richtiger Injektion geben die Patienten häufig Parästhesien oder Druckgefühl in beiden Beinen an. Nach der Injektion werden die Patienten mit dem Oberkörper hoch, mit den Beinen tief gelegt. Ist die Injektion erfolgreich, so sind nach 15—20 Minuten stets alle Ischiassymptome verschwunden. Von den 12 Fällen wurde in 7 Fällen Heilung, in 4 Fällen Besserung erzielt. R. L.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald** (Berlin): **Ueber Arsen-Triferrol.** Aus d. inn. Abteil. des Augusta-Hospitals. (Med. Klinik, 1913, No. 3.)

Verf. wendet sich in der Einleitung scharf gegen die auf Grund oberflächlicher Prüfung aufgestellten Arzneimittellisten, die dazu angetan seien, Verwirrung und Unsicherheit in die Reihen der Aerzte zu tragen. Er glaubt als Herausgeber eines Handbuches der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre, daß ein Urteil aus der Klinik zweckmäßiger sei, als ein schematisches Einordnen von Arzneimitteln in verschiedene Listen nach gewissen „Grundsätzen", ohne das Mittel selbst zu kennen.

Das Arsen-Triferrol bezw. Arsen-Triferrin enthält offensichtlich das Arsen so gebunden, daß es die Magendarmschleimhaut auch bei längerem Gebrauch nicht reizt und gut resorbierbar ist. Indessen war es wünschenswert, die bisherigen Erfahrungen durch eine Prüfung bei ausgesprochenen Magen-Darmkrankheiten und ganz besonders bei Ulcus ventriculi zu erweitern.

Es standen im ganzen 46 Fälle zu Gebote, von denen 40 aus dem Augustahospital und 6 aus der Privatpraxis stammten. Darunter befanden sich: Ulcus ventriculi et duodeni 28 Fälle, Achylia gastrica 4 Fälle, Carcinoma ventriculi 6 Fälle, schwere Hämorrhoidalblutungen mit Anämie 1 Fall, Fälle von Anämie zweifelhaften Ursprungs teils bei Carcinomverdacht, teils bei unzweifelhafter Anämie und Chlorose 5, Crises gastriques bei Tabes 2 Fälle.

Ein großer Teil der Magengeschwüre erwächst auf anämischer Basis, zu deren Beseitigung die Durchführung der üblichen Diätkur jedenfalls zunächst nichts beiträgt. Man scheut sich im allgemeinen, bei Magengeschwüren Eisenpräparate zu geben; es wäre daher als ein Vorteil zu bezeichnen, wenn wir ein wirksames Präparat in Händen hätten, das den Magen schont. In diesem Sinne hat sich nun augenscheinlich das Arsen-Triferrol in den obengenannten 28 Fällen von Magen- resp. Duodenalgeschwür gut bewährt. Dasselbe wurde teils nach Ablauf der Diätkur, teils vom Beginn an verabfolgt. Nur in zwei Fällen, noch während der eigentlichen Kur genommen, wurde es wegen Magenschmerzen nicht vertragen und deshalb ausgesetzt. Die Zeit, während der es gegeben wurde, schwankte zwischen 10 Tagen und 5 Wochen. Eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes trat bis zu 30 pCt. ein. Auch Gewichtszunahme wurde konstatiert.

Die 4 Fälle von Achylia gastrica vertrugen die Medikation beschwerdefrei und zeigten Hämoglobinsteigerungen von 10 bis 25 pCt.

Bei Carcinoma ventriculi schien der Lage der Sache nach von vornherein kein Erfolg zu erwarten. Nichtsdestoweniger konnte doch in einzelnen Fällen eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes, der Blutkörperchen und des Gewichtes trotz sicherer Diagnose konstatiert werden.

Auch in 2 Fällen von gastrischen Krisen bei Tabes wurde es mit Erfolg gegeben.

Frei von jeder Voreingenommenheit hat E. den Eindruck, daß das Arsen-Triferrol ein empfehlenswertes Mittel ist und seine Einreichung in die zweifelhafte Liste der „Kommission" zu Unrecht erfolgt sei.

Dr. med. **R. Gelhausen** (Hamburg): **Ueber Arsentriferrin.** (Halbm.-Schrift f. soziale Hygiene und prakt. Medizin, 1913, No. 1.)

Arsentriferrin wurde hauptsächlich bei drei Krankheitsgruppen zur Anwendung gebracht, und zwar bei Chlorose und bei den verschiedenen Formen der Anämie, bei skrofulösen Erkrankungen der Kinder, sowie bei Neurasthenie und Hysterie, wenn diese Erkrankungen, wie häufig, mit einem Darniederliegen des Ernährungszustandes und der Blutbildung kompliziert waren.

Es wurden mit Arsentriferrin bei Chlorose bezw. anämischen Zuständen außerordentlich gute Resultate erzielt, sowohl was die Schnelligkeit als auch die Intensität der Wirkung anbelangt. 43 an Chlorose resp. Anämie leidende Patienten

wurden mit dem Präparat behandelt. Nur drei von diesen 43 Patienten vertrugen im Anfang das Mittel schlecht, und zwar wurde in diesen 3 Fällen über Druck und Völle in der Magengegend oder über Schmerzen im Leib und Uebelkeit nach der Einnahme der Tabletten geklagt. Verf. ließ in solchen Fällen die Tabletten zerkleinern und während der Hauptmahlzeiten zusammen mit anderen Speisen nehmen. Bei dieser Art der Zufuhr verschwanden dann die unerwünschten Nebenerscheinungen sehr bald. Es wurde unter den 43 Fällen nicht ein Versager beobachtet, auch nicht, wenn von vornherein über Magenschmerzen geklagt wurde.

Kinder bekamen je nach dem Alter 1—3 Tabletten pro Tag nach dem Essen. Bei Erwachsenen wurden die einzelnen Kuren in der Weise durchgeführt, daß zunächst 10 Tage lang 3 mal täglich 1 Tablette, dann 4—6 Wochen lang 3 mal täglich 2 Tabletten, zum Schlusse 10—20 Tage lang 3 mal täglich 1 Tablette genommen wurde. Eine einzelne derartige Kur dauerte also 6—9 Wochen. Nach einer Pause von 1 Monat wurde dann diese Darreichungsform bei evtl. Bedarf noch 1—2 mal wiederholt.

Zahnarzt **Möller** (Berlin): **Soll der Zahnarzt in geeigneten Fällen seinen Patienten eine Eisentherapie anraten und welches Eisenpräparat soll er wählen?** (Odontologische Nachrichten, 1912, No. 24.)

Bei der Zahnbehandlung bleichsüchtiger und blutarmer Patienten kommt der Zahnarzt häufig in die Lage, auch die chlorotischen und anämischen Zustände durch Verordnung entsprechender Mittel zu bekämpfen. Verf. empfiehlt als zweckentsprechendes Mittel das Arsentriferrin, das er in Lösung als Arsen-Triferrol verwandte. Schon nach kurzer Zeit fällt das gute und frische Aussehen der Patienten auf. Infolge Kräftigung der gesamten Konstitution erweist sich auch die Mundhöhle resistenter gegen Fäulnisprozesse. In der Kinderpraxis bewährt sich Arsentriferrin zur Behandlung skrofulöser, rachitischer und anämischer Kinder. Mit der Besserung des Allgemeinbefindens geht eine auffallende Sanierung der Krankheitsprozesse in der Mundhöhle Hand in Hand. K.

Diätetische Therapie.

Hofrat Prof. Dr. **Carl v. Noorden** (Wien): **Ueber die Grundsätze der Nephritisbehandlung.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 1.)

Ueber die Behandlung der akuten Nephritis bestehen keine ernstlichen Meinungsverschiedenheiten. Wir haben es da mit einem akuten entzündlichen Prozeß zu tun, der verlangt, daß wir jede überflüssige Arbeit von dem erkrankten Organ fernhalten. Wir werden außerdem versuchen, einen Teil der Arbeit, die eigentlich den Nieren zukommt, auf andere Organe des Körpers abzuwälzen. Aus diesen Gründen ergeben sich folgende wesentliche Gesichtspunkte: 1. Körperliche Ruhe. Wir verordnen Bettruhe bei allen akuten entzündlichen Prozessen, gleichgültig, welches Organ betroffen ist. Mit vollem Recht tun wir dies auch bei akuter Nephritis. Wir verweisen die Patienten so lange ins Bett, bis entweder die Nephritis völlig geheilt ist, oder bis die Nephritis in ein chronisches Stadium eingetreten ist, in dem wir durch länger fortgesetzte Bettruhe nichts mehr nützen können. Wann dieser Punkt erreicht ist, ist nicht leicht zu beurteilen. Das wichtigste Kriterium für die Zeit, wann das Bett verlassen werden darf, ist das Verschwinden von Erythrocyten und von Nierenepithelien aus dem Urin. Solange diese Elemente anwesend sind, ist der akute Reizzustand nicht beseitigt. Nach ihrem völligen Verschwinden soll man noch zwei Wochen warten, aber dann trotz fortbestehender Albuminurie das Aufstehen erlauben — natürlich vorausgesetzt, daß alle anderen Symptome der Nephritis verschwunden sind und daß keine Komplikationen vorliegen. Welche Prognose müssen wir nun bei einem Pat. stellen, dessen Harn nach Ablauf der eigentlichen akuten Nephritis noch dauernd oder zeitweise Albumin enthält? Hier liegen drei Möglichkeiten vor: a) die Albuminurie verschwindet nach einigen Wochen oder Monaten doch noch vollständig; b) die Albuminurie besteht dauernd fort, aber sie bleibt gänzlich ungefährlich und ist nicht das Zeichen einer fortschreitenden Nephritis; c) die Albuminurie zeigt an, daß sich aus den Ueberresten der akuten Nephritis langsam eine chronische Nephritis entwickelt. Natürlich ist es von der größten Bedeutung, so früh wie möglich zu erkennen, um welche der drei Möglichkeiten es sich in dem gegebenen Falle handelt. Im Anfang ist das recht schwer, in den ersten Monaten beinahe unmöglich. Etwa drei bis vier Monate nach Ablauf des akuten Stadiums kann aber die Diagnose mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden. Die Beschaffenheit des Harns lehrt uns freilich nichts, denn meistens ist nur Albuminurie da und es fehlen alle mikroskopischen Formbestandteile. Wenn auch einige hyaline Zylinder gefunden werden, so ist darauf doch kein Gewicht zu legen. Sie können bei den gutartigen Formen da sein und andererseits bei der bösartigen Form lange Jahre fehlen. Um so wichtiger ist die genaue Untersuchung der Zirkulationsorgane. Wenn eine wirkliche chronische Nephritis sich entwickelt, die auf das spätere Leben Schatten wirft, so kommt es schon bald zu einer gewissen Steigerung des Blutdrucks und zu Hypertrophie des linken Ventrikels, die man früher und sicherer mit Röntgenstrahlen als durch Perkussion und Auskultation erkennt. 2. Die Diät. Wie soll bei akuter Nephritis die Diät eingerichtet werden? Wir müssen die Nahrung so einrichten, daß möglichst wenig Stoffwechselprodukte gebildet werden, die Arbeit von den Nieren verlangen. Die Nieren scheiden aus: a) die Stoffwechselprodukte der Proteide, b) die meisten Salze, besonders Phosphate, Sulfate, Chloride; c) Wasser. Wir werden daher zunächst die Proteide beschränken oder ganz ausschließen. Damit verringern wir gleichzeitig schon die Menge der Sulfate und der Phosphate, denn diese Salze sind größtenteils Derivate der Proteide. Natürlich müssen wir auch Kochsalz fernhalten, da die Elimination von Kochsalz eine schwere Arbeit für die kranken Nieren sein würde. Wir beschränken die Nahrung daher auf reichliche Mengen von Zucker, auf Fruchtsäfte und auf zuckerreiche Früchte und auf Breie von feinen Mehlen (Mais, Reis, Weizen, Kartoffelstärke). Wir können auch gut ausgewaschene Butter hinzufügen, da reines Fett gleichfalls zu Kohlensäure und Wasser oxydiert wird und die Nieren nicht belastet. Milch empfiehlt Verf. erst dann zu geben, wenn die gefährlichsten Stadien der akuten Nephritis schon überwunden sind und wenn eine reichliche Diurese und der steigende Gehalt an Kochsalz und die Abnahme des Eiweißes anzeigen, daß die Nieren ihre Eliminationskraft zurückerobert haben. Dann ist die Zeit gekommen, den Speisezettel allmählich zu erweitern. Wenn die Aluminurie nicht völlig verschwindet, so setzt man den Patienten auf eine Diät, die der Therapie bei chronischer Nephritis entspricht. Besondere Besprechung widmet Verf. noch der Frage, wie man sich bei akuter Nephritis betreffs der Wasserzufuhr verhalten soll. Früher war es üblich, große Mengen Wassers trinken zu lassen. Man wollte die Niere „auswaschen", so lautete die Begründung. Man wählte vor allem alkalische Wässer. Die Quellen von Bilin, Fachingen, Vichy, Wildungen usw. wurden allen anderen voran empfohlen und verwendet. Nachdem man aber erkannt hat, wie schwer die erkrankte Niere Kochsalz und auch andere Salze ausscheidet, ist man sowohl bei akuter wie bei chronischer Nephritis von diesen Mineralwässern zurückgekommen. Man zieht Fruchtsäfte, dünne Aufgüsse von Tee (chinesischer Tee, Tee von Grassamen, von getrockneten Erdbeeren oder Himbeeren, Tee von Brombeerblättern usw.) oder einfaches reines Wasser vor. Im Höhenstadium der akuten Nephritis ist es überhaupt zwecklos, den Versuch zu machen, durch reichliches Getränk die Niere auszuspülen. In diesem Stadium wird man die Diurese nicht steigern, man mag soviel Wasser trinken lassen, als man will. Man vermehrt durch reichliches Getränk nur die Oedeme. 3. Die Anregung anderer Ausscheidungen. An dritter Stelle fällt uns bei der akuten Nephritis und manchmal auch bei den chronischen Formen der Nephritis die Aufgabe zu, die Elimination der Stoffwechselprodukte von den Nieren abzulenken und auf andere Organe zu konzentrieren. Dies ist verhältnismäßig leicht in bezug auf das Wasser; dagegen sehr schwer in bezug auf feste Bestandteile. Die Elimination von Harnstoff beim Schwitzen ist bei weitem nicht so groß, wie man früher annahm. Man kann sogar sagen, es lohnt sich kaum, den Patienten der anstrengenden Prozedur des Schwitzbades usw. zu unterwerfen in der Hoffnung, daß ein Teil des angestauten Harnstoffs und anderer Produkte des Eiweißzerfalls den Körper auf diesem Wege verlassen. Etwas mehr fällt die Kochsalzausscheidung im Schweiß ins Gewicht. Erheblich größer ist die Ausscheidung von Harnstoff und von Kochsalz, die man durch starke Abführmittel erzwingen kann. Im allgemeinen müssen wir daran festhalten, daß es nur das Wasser ist, dem man bei Nephritis andere Ausscheidungswege vorschreiben kann. Deshalb haben die verschiedenen Schwitzprozeduren in Wirklichkeit nur einen Sinn in Fällen, wo Oedeme bestehen und wo man den Körper entwässern will. 4. Ableitung der Wasserausscheidung auf andere Organe. Der Erfolg der Schwitzprozeduren ist jedem Arzt bekannt. Zu erwähnen ist nur, daß man nicht übermäßig reichlich Getränk geben soll, wenn man Schwitzkuren verordnet. Sonst schafft man einen Circulus vitiosus und pumpt auf der einen Seite das Material wieder ein, das man auf der anderen Seite mit Mühe entfernte. Den gleichen Zweck wie Schwitzbäder hat der Aufenthalt in einem Klima, das heiß und trocken zugleich ist. Dies sind die Eigenschaften, die dem ägyptischen Wüstenklima seinen Ruhm erwarben. Zu den Entwässerungsmethoden gehört schließlich auch noch die Punktion der Haut. — Bei drohender Urämie bewährt sich eine reichliche Blutentziehung oft ausgezeichnet. Verf. glaubt, daß der Aderlaß manchmal von lebensrettender Bedeutung ist. Wenn im Verlaufe der akuten Nephritis vollständige oder beinahe vollständige Anurie einsetzt, so darf man vielleicht einen bis zwei Tage warten, ohne zu schärferen Maßregeln zu greifen. Das erste, was man versuchen wird, ist ein Aderlaß. Wenn dies aber keinen Erfolg bringt, so soll man nicht zögern, die Kapsel der Niere zu durchtrennen und damit die mächtig geschwollene Niere von Druck zu entlasten. Bei der chronischen Nephritis ist die vollkommene Ruhekur nur bei den mit Oedemen verbundenen Formen üblich und gerechtfertigt. Es ist nicht nötig und nicht einmal wünschenswert, daß solche Patienten immer im Bett liegen. Wenn günstige

klimatische Verhältnisse es erlauben, so kann und soll man die Patienten hinaus an die freie Luft bringen, wie dies z. B. in Aegypten üblich ist. Bei allen anderen Formen der chronischen Nephritis soll man unter allen Umständen ein gewisses Maß von Bewegung gestatten. Die Muskeln sollen geübt werden und kräftig bleiben. Hinsichtlich der Diät stellt uns die chronische Nephritis vor andere Aufgaben als die akute Nephritis. Bei dieser haben wir es mit einer relativ kurzdauernden Krankheit zu tun und wir dürfen es wagen, während der Dauer von ein bis zwei Wochen, vielleicht auch etwas länger, äußerst strenge Vorschriften für die Ernährung zu geben. Es ist aber klar, daß mit der Diät, die für die akute Nephritis empfohlen wurde, die Kräfte eines Menschen nicht auf die Dauer aufrechterhalten werden können. Wir dürfen nicht vergessen, daß die chronische Nephritis sich über viele Jahre hinzieht. Alles hängt davon ab, daß wir die Ernährung so gestalten, daß die Kräfte jahre- und dezennienlang hochgehalten werden. Jede schwächende Diätkur ist also verwerflich. Kr.

Physikalische Therapie.

Dr. **Albert Caan** (Frankfurt a. M.): **Zur Behandlung maligner Tumoren mit radioaktiven Substanzen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 1.)

Verf. berichtet über Erfahrungen, welche neuerdings im Heidelberger Samariterhaus bei der Behandlung maligner Neubildungen mit radioaktiven Substanzen gemacht wurden, speziell über die bisherigen Ergebnisse der therapeutischen Anwendung des Mesothoriums und des Thorium X. Das von O. Hahn entdeckte Mesothorium hat ähnliche Eigenschaften wie das Radium. Die Strahlen des Mesothoriums und des Radiums sind jedoch nicht ganz gleich. Im großen und ganzen aber verhalten sich die Strahlen der technisch hergestellten Mesothoriumpräparate bei der lokalen äußeren Applikation therapeutisch ähnlich wie die reiner Radiumsalze. Das technisch hergestellte Mesothorium, dessen Ausgangspunkt der in Brasilien vorkommende Monazitsand ist, enthält fast immer Radium in einem bestimmten Verhältnis, je nach dem Urangehalt des Ausgangsmaterials (Mesothorium: Radium etwa: 3:1). Die lokale Applikation des Mesothoriums geschieht in der Regel mittels Firnisplatten, Kapseln, Glas- oder Metallröhrchen, welche das Mesothorium in Form von Mesothoriumbromid enthalten. Die Umhüllungen der Kapseln, Röhrchen usw. wirken schon als Filter und halten einen Teil der Strahlen zurück. Je nachdem man Oberflächen- oder Tiefenwirkung erzielen will, kann man durch Anwendung absorbierender Filter die stärker penetrierenden von den schwächer penetrierenden Strahlen trennen. Als Filter gebraucht man ½ mm dünne Gummiplatten, $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^5/_{10}$ und 1 mm dicke Aluminiumplatten, $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^5/_{10}$, 1 und 2 mm dicke Bleiplatten, $^1/_{10}$ mm dicke Silberplatten, Watte und Mattpapier. Die Bleifilter gestatten die ausschließliche Benutzung der stark penetrierenden Strahlen, da die weichen Strahlen gänzlich absorbiert werden. Je tiefer das zu behandelnde Gewebe unter der Haut liegt, desto stärkere Filtration muß angewendet werden, und je stärker die Filtration ist, um so länger muß die Anwendung sein. Unter Umständen muß man Vorrichtungen verwenden, mit denen es möglich ist, an sonst unzugänglichen Stellen die Strahlen einwirken zu lassen. So dient eine mit einer Celluloidkapsel armierte Magensonde zur Behandlung von Oesophaguskrebsen; die Celluloidkapsel dient zur Aufnahme des Mesothoriumbromids und wird vorsichtig bis an die Stelle der Neubildung eingeführt, wo sie bis zu zwei Stunden liegen bleiben kann, ohne stärkere Reizerscheinungen zu machen. Die Einführung wird in Intervallen von 3—4 Tagen vorgenommen. Nach der Mesothoriumbestrahlung kommt es in der Regel bereits nach 6—8 Tagen zur Neubildung von Bindegewebe, während zu dieser Zeit an den Tumorzellen noch keine merkliche Veränderungen zu sehen sind. Diese Bindegewebsneubildung wird im weiteren Verlauf immer auffallender; in dem neugebildeten Bindegewebe finden sich auch zahlreiche neugebildete Kapillaren. Die Veränderungen an den Carcinomzellen, die sogen. Vacuolenbildungen, werden erst 10—20 Tage nach der Bestrahlung sichtbar. Das rasch wachsende Bindegewebe scheint die Carcinomknoten in zahlreiche kleine Zellgruppen zu zersprengen, die immer weiter durch dazwischenwachsendes Bindegewebe geteilt werden und schließlich zugrunde gehen. — Im ganzen wurden 250 Patienten mit malignen Tumoren mit Mesothorium behandelt; in der Mehrzahl der Fälle wurde ein guter Erfolg erzielt. In 5 Fällen von Oesophagusstenose auf carcinomatöser Basis wurde die Durchgängigkeit der Speiseröhre durch Behandlung mit der Mesothoriumsonde soweit hergestellt, daß selbst die Zufuhr fester Speisen möglich wurde. Bei 78 Fällen von Mammacarcinomrezidiv verschwanden nicht nur oberflächlich gelegene Hautknötchen, sondern auch bis walnußgroße, subkutan liegende Knoten. Viermal wurde bei Mammacarcinomrezidivoperationen prophylaktisch Mesothoriumbromid in die Wunde eingelegt. Nach 12 oder 24 Stunden wurde das Röhrchen dann entfernt. Bei 30 Gesichtscarcinomen und 12 Lippenepitheliomen zeigte sich fast stets eine günstige Beeinflussung. Von 12 Zungencarcinomen konnten 3 erheblich gebessert werden. Die malignen Tumoren der Mund- und Rachenschleimhaut wurden in der Regel durch Mesothoriumbestrahlung nicht gebessert, zuweilen sogar verschlimmert. — Das Thorium X ist ein Umwandlungsprodukt des Mesothoriums und wird in physiologischer Kochsalzlösung gelöst angewendet (es wird von der Deutschen Gasglühlichtgesellschaft geliefert). 1 ccm dieser Lösung enthält 0,00001 mg Thorium X und besitzt eine Aktivität von 1 Million Macheeinheiten. Die Aktivität des Thorium X steigt während des ersten Tages nach seiner Herstellung um etwa 10—20 pCt. infolge Bildung von Thorium A, B, C, D, dann sinkt die Aktivität täglich um etwa 17,5 pCt., so daß nach 3 bis 4 Tagen die Hälfte verschwunden ist. Die Wirkung des Thorium X gründet sich darauf, daß aus dem Thorium die Thoriumemanation entsteht, welche selbst bei ihrem Zerfall sehr kräftig strahlt und kräftig strahlende Produkte schafft. Die Applikation geschieht entweder intratumoral oder intravenös. Bei intratumoraler Injektion benutzt man die Thorium X-Lösung unverdünnt und macht die Injektionen in Intervallen von 6 bis 8 Tagen; bei intravenöser Applikation verdünnt man die obige Lösung mit dem Zehnfachen physiologischer Kochsalzlösung. Am Tage der Injektion soll der Patient sich möglichst ruhig verhalten und in den nächsten Tagen für gründliche Entleerung des Dickdarms sorgen. Thorium X greift nämlich die Darmschleimhaut an. Eine zweite intravenöse Injektion darf man erst nach 8 Tagen machen. Bei Krebsen der Speiseröhre und des Magen-Darmtraktus wird von pulverisierter Kieselsäure absorbierte Thorium X-Lösung mit Zucker als Brei angerührt bezw. in Pillenform genommen. Auch Pasten und Plomben für Zerfallshöhlen in Tumoren, Wunden und Ulcerationen lassen sich aus Thorium X und Kieselsäurepulver herstellen. Die histologischen Veränderungen nach Thorium X gleichen im allgemeinen den nach Mesothorium beobachteten. Im Samariterhaus wurden 206 Tumorkranke mit Thorium X behandelt, darunter 53 Mammacarcinomrezidive, 9 Fälle von Krebs der Speiseröhre, 14 Rektumcarcinomrezidive, 10 maligne Lymphome usw. In 40 pCt. der Fälle wurden die Tumoren durch das Thorium X günstig beeinflußt, in 20 pCt. der Fälle gingen die Erfolge über das gewöhnliche Maß der Radiumwirkung hinaus. Wie weit Dauerheilungen durch die Mesothorium- und Thorium X-Behandlung erzielt werden, kann erst die Zukunft lehren. Vorläufig kommt diese Therapie nur bei inoperablen Tumoren in Frage; bei operablen Tumoren soll sie die Radikaloperation nur ergänzen. R. L.

Dr. **Richard Levy**, Assistenzarzt der chir. Klinik der Universität Breslau: **Röntgenbestrahlung der Aktinomykose.** (Zentralblatt f. Chirurgie, 1913, No. 4.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Aktinomykose, die den günstigen Einfluß der Röntgenbehandlung auf diese Krankheit zur Evidenz dartun. In dem erstbehandelten Falle, bei einem 41 jährigen Kaufmann, war eine eingreifende Rezidivoperation ausgeführt worden, die aber wegen der Ausbreitung des Prozesses nach dem Unterkiefer und der Zunge zu ohne hochgradige Entstellung des Patienten nicht radikal vorgenommen werden konnte. Nachher trat eine auch durch hohe Dosen von Jod nicht zu beeinflussende profuse Sekretion ein, die einen häufigen Verbandwechsel (bis zu 3—4 mal am Tage) erheischte. Auf die erste Bestrahlung hin setzte die Sekretion wie mit einem Schlage aus, und die Fistel schloß sich innerhalb weniger Tage.

Da in diesem Falle eine Operation vorgenommen und außerdem Jod verabreicht war, erscheint die Wirkung der Röntgenbestrahlung nicht sichergestellt. Deshalb hat Verf. in dem folgenden Falle, bei einem 35 jährigen Arbeiter, von jeder anderen Medikation abgesehen. Dieser Patient war bereits wiederholt operiert, zuletzt ein Jahr zuvor mit ausgedehnter Resektion der Wange und partieller Oberkieferresektion. Jetzt war ein typisches aktinomykotisches Infiltrat der rechten Wange mit mehreren Fisteln nachzuweisen. Unter der Röntgenbestrahlung, die in gleicher Weise wie bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome statthatte, ist das Infiltrat völlig zurückgegangen und die Fisteln haben sich geschlossen. Beide Fälle sind seit mehr als einem halben Jahre rezidivfrei. Verf. hält nach wie vor die chirurgische Therapie für die zweckmäßigste Behandlung der Aktinomykose und möchte für die Röntgenbestrahlung nur solche Fälle reserviert wissen, die bereits vergeblich operativ angegangen waren, oder bei denen ein solcher Eingriff aus technischen oder anderen Gründen nicht ausführbar erscheint. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

Rudolf König: Die Chloräthylnarkose. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Der Arbeit geht ein Ueberblick über die Geschichte und Literatur des Chloräthyls voraus. Im Anschluß daran werden eingehend die K.schen Versuche geschildert, die sich vor allem durch eine genauere Dosierung (nach Vol.-Prozent) von den früheren unterscheiden. Es wurde an Fröschen und Kaninchen gearbeitet und folgendes Schlußergebnis erzielt:

Die Narkotisierungszone ist beim Chloräthyl außerordent-

lich breit; sie schwankt beim Kaltblüter wischen 2 und 15 Vol.-Proz.; für den Warmblüter liegt die kleinste narkotisierende Dosis bei ca. 4 Vol.-Proz., während eine genaue tödliche Dosis nicht angegeben werden kann. Schädliche Nachwirkungen wurden im wesentlichen nicht beobachtet; Blutelemente und Nieren boten keine pathologischen Veränderungen.

Das rasche Eintreten der Analgesie und das schnelle Erwachen aus der Narkose lassen das Chloräthyl für kurzdauernde Narkosen (zahnärztliche Eingriffe) bei richtiger Technik und den nötigen Vorsichtsmaßregeln bei Anwendung einer einmaligen kleinen Dosis wohl geeignet erscheinen.

Für größere operative Eingriffe dagegen ist das Chloräthyl wegen der großen Mengen, die zur Erzielung einer dauernden ruhigen Narkose nötig sind, und wegen der damit verbundenen Gefahr der Asphyxie völlig unbrauchbar.

Trotz seiner relativen Ungefährlichkeit ist doch das Chloräthyl wegen der stets vorhandenen Dyspnoe und der starken Erniedrigung des Blutdrucks kein indifferentes Narkoticum; auch die Technik der Narkose gestaltet sich infolge der großen Flüchtigkeit des Mittels äußerst schwierig. „Chloräthyl als Lokalanästheticum ist jedenfalls besser und ungefährlicher als die kürzeste Chloräthylnarkose.“ Adler (Berlin-Pankow).

Prof. Dr. **H. Braun** (Zwickau): **Die Anwendung der Lokalanästhesie zur Reposition subkutaner Frakturen und Luxationen.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 1.)

Bei der Behandlung von Frakturen und Luxationen stehen uns verschiedene Methoden der Lokalanästhesie zur Verfügung. Vor der Reposition einer Fingerluxation kann man die Umspritzung nach Oberst machen; Verletzungen des Fußes können mit Unterbrechung der Nervi tibialis und peroneus oberhalb der Knöchel behandelt werden. Von besonderer Bedeutung für die Behandlung der Frakturen und Luxationen der oberen Extremität ist jedoch die von Kulenkampff angegebene Plexusanästhesie. Sie schafft einen Zustand völliger motorischer und sensibler Lähmung des Armes, wie er für die Reposition von Frakturen und Luxationen recht geeignet ist. — Neuerdings wurde nun von Lerda und Quénu die direkte Injektion eines Anästheticums in die Stelle der Fraktur resp. in das luxierte Gelenk empfohlen. Nach genauer Feststellung des Befundes, nötigenfalls mit Hilfe des Röntgenapparates, injiziert man die anästhesierende Lösung von verschiedenen Seiten und nach verschiedenen Richtungen an die Bruchenden. Besteht starke Dislokation, besonders ad longitudinem, so muß an jedes der beiden Bruchenden injiziert werden. Bei zweiknochigen Gliedern muß man beide Knochen besonders behandeln. Bei Gelenkfrakturen injiziere man stets noch in das betreffende Gelenk hinein. Verf. bedient sich zu den Injektionen einer 1 proz. Novocain-Suprareninlösung. Die Einstichstellen werden mit Jodtinktur vorbereitet. Fast unmittelbar nach der Einspritzung lassen die Schmerzen nach, und wenige Minuten später pflegt die Bruchstelle — bei Anwendung von Suprarenin für sehr lange Zeit — ganz unempfindlich geworden zu sein. Bei Luxationen injiziert man das Anästheticum sowohl an das zentrale wie an das peripherische luxierte Gelenkende. Sehr bald nach der Injektion wird das vorher starr fixierte Glied beweglich und schmerzlos; die Muskeln erschlaffen wie in tiefer Narkose. Auch in zwei Fällen von Hüftgelenkluxationen wurde die Reposition mittels Injektion in das Hüftgelenk schmerzlos gestaltet. Einen Schaden sah Verf. von der Anwendung der Lokalanästhesie bei Frakturen und Luxationen niemals, wohl aber oft eklatanten Nutzen. Mit der Handhabung der Asepsis muß man natürlich vertraut sein. An der oberen Extremität ist nach Verf. die Plexusanästhesie den lokalen Injektionen nach Lerda und Quénu überlegen. R. L.

Prof. **Alfred Denker** (Halle a. S.): **Zur Technik und Verwendbarkeit der Intercricothyreotomie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 1 [vgl. das Referat in der vorigen Nummer, S. 147; die vorliegende Arbeit enthält einige Ergänzungen zu dem dort Mitgeteilten. Red.]).

Botey (Barcelona) empfahl 1907 für Fälle dringendster, durch Asphyxie bedingter Lebensgefahr an Stelle der Tracheotomie die „Laryngotomie intercricothyreoidienne“. Es soll dabei am sitzenden Patienten bei nach hinten gebogenem Kopf in dem Spatium zwischen Ring- und Schildknorpel des Kehlkopfes ein entsprechend abgebogener Trokar durch die Weichteile und das Ligamentum conicum in den subglottischen Raum hineingestoßen werden; die Kanüle wird nach Herausziehen des Trokars in situ belassen. Verf. prüfte das Verfahren an der Leiche nach und fand dabei, daß oft die Durchstoßung der Weichteile eine so große Kraft erforderte, daß eine Verletzung der hinteren Kehlkopfwand durch die Spitze des Trokars erfolgte. Später empfahl Botey, mit einem zweischneidigen Messer von 1,5 cm Länge zunächst einen Transversalschnitt durch das Ligamentum conicum zu machen und dann die Kanüle unter Führung eines Mandrins schnell einzuführen. Leichenversuche ergaben Verf., daß, wenn man direkt am oberen Rand des Ringknorpels einsticht, die Gefahr einer Gefäßverletzung (Art. cricothyreoidea) sehr gering ist; die Gefahr ist jedenfalls größer, wenn man in sagittaler Richtung in der Medianebene einsticht. Die Durchtrennung des Ligaments in transversaler Richtung bietet außerdem den Vorteil, daß bei stark nach rückwärts gebeugtem Kopf die Wunde klafft und infolgedessen die Kanüle leicht eingeführt werden kann. Die Versuche ergaben ferner, daß, was die Länge und Breite des zweischneidigen Messers anlangt, man, entsprechend dem verschiedenen Alter der Patienten, mit vier Größen auskommt (Länge des Messers: 0,55, 0,75, 1,0, 1,1 cm, Breite 0,50, 0,75, 0,90, 1 cm). Entsprechendes gilt von der Kanüle. Die Befestigung der eingeführten Kanüle geschieht durch ein um den Hals herumgelegtes Band. Verf. hatte bisher einmal Gelegenheit, in seiner Klinik das Verfahren am Lebenden zu erproben. Ein Patient, bei dem wegen subglottischer Veränderungen (maligne Neubildungen) die Tracheoskopie ausgeführt worden war, bekam nach der Untersuchung einen äußerst schweren Erstickungsanfall. Die unmittelbare Gefahr wurde augenblicklich beseitigt durch die in wenigen Sekunden ausgeführte Intercricothyreotomie. R. L.

Diagnostische Technik.

Prof. Dr. **W. Kausch** (Berlin-Schöneberg): **Die Thermometerhaltung in der Achselhöhle.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 38.)

Es kommt Verf. in vorliegender Mitteilung einmal darauf an, sich gegen die steile Haltung des Thermometers zu wenden, die, wie ihm scheint, allgemein zu werden droht, zum Teil bedingt durch die Einführung des staatlichen Lehrbuches und des Schwesternexamens. Dann wollte er aber überhaupt dazu anregen, der Thermometerhaltung mehr Beachtung zu schenken, als das bisher geschieht; seiner Erfahrung nach kümmern sich die Aerzte im allgemeinen wenig oder fast gar nicht darum. In seinem Krankenhause läßt Verf. das Thermometer in folgender Weise in die Achselhöhle einlegen: Die in der Achselhöhle befindliche Hemdfalte wird energisch nach abwärts gezogen. Das Thermometer wird mit dem Quecksilberende in den tiefsten Punkt der Achselhöhle eingelegt, in einem Winkel von höchstens 45°, eher weniger, zur Frontalebene des Körpers nach vorn oben, das heißt aboralwärts gehalten. Nun wird der Oberarm dicht an den Rumpf gelegt, so daß sich aboral vom Thermometer zwischen dem Oberarm und dem Körper das Hemd oder nichts befindet. Der Vorderarm wird quer über den Leib gelagert; die Hand der anderen Seite fixiert den Ellbogen oder das unterste Ende des Oberarmes, und der Patient wird aufgefordert ruhig so liegen zu bleiben. Die Hand der Meßseite kommt dabei auf oder unter den anderen Arm zu liegen, wie man will. Die Bettdecke wird, namentlich bei kühler Zimmertemperatur, über den Oberkörper gelegt, so daß nur das obere Thermometerende herausschaut; sollte es kalt sein, so deckt Verf. den Patienten bis zum Halse zu. In dieser Lage verharrt Pat. in der Regel ohne Schwierigkeit selbst 10 Minuten. Ist er elend, benommen, oder handelt es sich um Kinder, die nicht so klein sind, daß sie im After gemessen werden, so muß eine Pflegeperson den Arm an die Brustwand halten. Der das Thermometer Abnehmende hat sich davon zu überzeugen, daß es bei der Herausnahme richtig lag. Wird das Thermometer in dieser Weise gehalten, so ist es fast unmöglich, daß es aus der Achselhöhle gleitet. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. März 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Diskussion über den Vortrag des Herrn Orth: Ueber die Bedeutung der Rinderbacillen für den Menschen.

Herr **Westenhoeffer**: In Chile, wo W. mehrere Jahre als pathologischer Anatom gewirkt hat, verläuft die Tuberkulose wesentlich anders als in Deutschland. Es überwiegen nämlich dort unter den zur Sektion gelangenden Fällen von Tuberkulose die akuten Fälle sowohl im Kindesalter wie bei den Erwachsenen. Während die Morbidität an Tuberkulose erheblich niedriger ist als in Deutschland, ist die Mortalität annähernd die gleiche. Auf Grund dieser seiner Erfahrungen bringt W. die chronische Lungenschwindsucht der Erwachsenen mit einer in der Kindheit erworbenen Tuberkulose in Beziehung in dem Sinne, daß das Ueberstehen einer Infektion im Kindesalter den Erwachsenen einen gewissen Schutz verleiht, vermöge dessen sie entweder überhaupt nicht mehr infiziert werden oder im Falle einer später erfolgenden Neuinfektion nicht an akuter, sondern von vornherein chronischer Tuberkulose erkranken. Diese Tatsache erklärt ungezwungen die Verschiedenheit des Verlaufs der Tuberkulose in Ländern, die seit Generationen mit Tuberkulose durchseucht sind, gegenüber solchen, wo das noch nicht der Fall ist; in ersteren, wie in Deutschland, bringen die Kinder bereits eine relative Immunität mit auf die Welt, so daß ein größerer Prozentsatz der im Kindesalter Infizierten die

EFUCSA

Erfolgreichstes Mittel gegen **Korpulenz und deren Folgezustände**

ohne Anwendung einer besonderen Diät

Von zahlreichen Aerzten glänzend begutachtet

Original-Schachtel à 100 Stück 2,60 M. (pro medico 2,00 M.)

GLYCOCITHIN

Dr. H. Müller's Lecithin-Chokoladetabletten

Bester Ersatz f. Eisen, Leberthran u. künstl. Nährpräparate

enth. pro dosi 0,1 Lecithin ovo in angenehmer schmackhafter Form

Als souveränes Mittel ärztlich anerkannt bei

Anaemie — Chlorose — Neurasthenie — Rachitis Skrofulose — Tuberkulose und Rekonvaleszens

1/1 Schachtel à 100 Stück = 4,25 M. (pro medico 3,00 M.)
1/2 „ à 50 „ = 2,50 M. (pro medico 1,75 M.)

Literatur zu Diensten

Dr. H. MÜLLER & Co., BERLIN C. 19

General-Depot: Dr. Albert Bernard Nfg., Einhorn-Apotheke, Berlin C., Kurstr. 34-35

Oïnose

gesetzl. geschützt Nr. 80303.

Reine Traubenhefe

durch spezielle Kultur dem sauren Magensaft angepasst.

Preis per Flasche M. 6.— à 1 Liter Inhalt.

Levuretin

gesetzl. geschützt Nr. 43358

In Luft getrocknete Bierhefe

Bakteriologisch rein und nicht mit Stärke vermischt. Zellen intact u. lebenskräftig, granuliert und in Tabletten à 0.5 g.

1/4 Flasche für 8 Tage M. 1.50
1/2 „ „ 14 „ „ 2.75
1/1 „ „ 1 Monat „ 4.80

Beides gegen **Furunkulose, Anthrax, Ekzem, Hautkrankheiten gastrischen Ursprungs** u. **Verdauungsstörungen.**

Versuche mit Levuretin und Oïnose gegen **Zuckerkrankheit** haben weitgehende Hoffnungen erfüllt,

Laboratorium und Fabrik E. FEIGEL in Lutterbach bei Mülhausen i. E.

Magen- und Darmleidende

können ohne Bedenken den coffeïnfreien „Kaffeehag" trinken, da er zufolge der Reinigung und Entfettung, die er im Extraktionsverfahren durchmacht, außer dem Coffeïn noch die Staubteile, Häutchen, ranzig werdenden Fette etc. verliert, die auf Magen und Darm ungünstig wirken. Der coffeïnfreie „Kaffeehag" wird von Aerzten allgemein verordnet und ist in allen einschlägigen Geschäften erhältlich.

Malztropon

empfohlen bei stillenden Müttern.

Gehalt an Eiweiß 45 %, Kohlehydrate 42 %, Lecithin 0,6 %.

Preis **M. 1,—** die 100 g-Büchse.

TROPONWERKE A.-G.

Mülheim-Rhein.

Erholungsheim Südstrand

„Villa Wilhelmine Wyk-Föhr"

für Kinder gebildeter Stände ohne Begleitung.

Liegehalle, Luftbad, Gymnastik (rhythm. Gymnastik), ärztliche Sprechstunden Sommer und Winterkur. Besuch des Nordsee-Pädagogiums am Platze. Volle Pension inkl. Wäsche, kl. Ausgaben, Spazierfahrten 150 M. pro Monat.

Lehrstunden im Hause. **Aerztliche Referenzen.**

Leiterin: **Else Schumann,** früher Nieblum a Föhr.



Gesetzlich geschützt

RADIOSCLERIN

Einziges Radiumpräparat gegen

Arteriosclerose **Gicht, Rheumatismus musc. et artic., Nephrolithiasis, Schwächezustände, harns. Diathese, Neuralgie u. Neurasthenie.**

Wirkt: kalklösend, blutdruckmindernd, Puls regulierend, den Tonus herabsetzend, Atemnot behebend.

Bewirkt: rasche und intensive Ausscheidung der Harnsäure, Lösung von Harnsteinen und -grieß.

Packung: 180 dauernd radioaktive Tabletten in 10 Röhrchen für eine **dreissigtägige Trinkkur.** Preis 20 M.

Proberöhrchen: 18 dauernd radioaktive Tabletten. Preis 2,25 M.

Radiumgehalt: p. Röhrchen 4,65. 10^{-4} mg Radiumchlorid, garantiert durch die Kontrolle des Privatdozenten f. Radiumforschung Dr. **Ernst Rudolfi.**

Sonstiger Gehalt: Kalk und Harnsäure lösende Bestandteile — völlig ungiftig — **kein Jod.**

Hauptniederlagen:

Kgl. privileg. Elefanten-Apotheke Berlin SW., Leipzigerstraße 74.

Schweizer-Apotheke Berlin W., Friedrichstraße 173.

Bellevue-Apotheke Berlin W., Potsdamer Platz

Literatur — ärztliche Gutachten — und Kostproben stehen den Herren Aerzten zur Verfügung durch:

Däubler & Co. **Fabrik radioaktiver Präparate** **Berlin-Halensee, Markgraf-Albrecht-Straße 9.**

Krankheit übersteht und erwachsen bei Neuinfektion meist nur an chronischer Tuberkulose erkrankt; ein Beispiel der zweiten Kategorie ist Chile mit dem Vorwiegen der akuten Tuberkulose.

Herr **A. Weber**: Wenn die von den Rinderbacillen drohende Gefahr wirklich so groß wäre, wie Herr Orth glaubt, so müßte das in der epidemiologischen Forschung zutage treten, was nicht der Fall ist. So z. B. ist unter den italienischen Hirten, die fast nur von Kuhmilch leben und bei deren Rinderbestand die Perlsucht sehr häufig ist, die Tuberkulose sehr selten. W. gibt darauf einen Ueberblick über die Tuberkuloseforschungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes, an denen er sich selbst hervorragend beteiligt hat. Es geht daraus hervor, daß praktisch der Standpunkt des Gesundheitsamtes von dem des Herrn Orth nicht wesentlich verschieden ist. Was die theoretische Seite der Frage anlangt, so bedürfen die von Orth erwähnten Arbeiten Frasers und Ebers noch der Nachprüfung, ebenso die Forschungen über Mutation der Bacillen, worüber zurzeit Versuche im kaiserlichen Gesundheitsamt im Gange sind. Ferner müssen die Beziehungen zwischen den Tuberkulosen der Kinder und der Erwachsenen noch weiter untersucht werden.

Herr **A. Sticker** hat gemeinsam mit E. Loewenstein (Beelitz) eine neue differentialdiagnostische Methode zur Unterscheidung von bovinen und menschlichen Tuberkelbacillen ausgebildet. Er fand nämlich, daß der Hund bei intraperitonealer Infektion sich beiden Bacillenarten gegenüber äußerst verschieden verhält. Die mit Perlsucht geimpften Hunde bekamen nur eine beschränkte tuberkulöse Entzündung des großen Netzes, die mit menschlichen Tuberkelbacillen geimpften dagegen eine allgemeine Miliartuberkulose. Mit dieser Methode gelang es St. darauf nachzuweisen, daß die atypische Lymphdrüsentuberkulose, die auch als Hodgkin-Disease oder Sternbergsche Krankheit bezeichnete Lymphomatose, auf Infektion mit Rinderbacillen zurückzuführen ist. Auf Grund dieser seiner Feststellungen meint St. mit Orth, daß die Bekämpfung der Rindertuberkulose eine gemeinschaftliche Aufgabe des Ärztes und des Veterinärs sein muß.

Herr **F. Klemperer**: Gelegentliches Vorkommen von bovinen Bacillen beim Menschen beweist noch nicht ihre krankmachende Bedeutung für ihn. K. erörtert von diesem Gesichtspunkte aus einige von Frau L. Rabinowitsch veröffentlichte Fälle, bei denen gleichzeitig humane und bovine Bacillen gefunden wurden. In Ländern, in denen so gut wie gar keine Kuhmilch genossen wird, wie z. B. in Japan, ist die Lungentuberkulose gerade so häufig wie anderwärts. Was das experimentelle Ergebnis von Orth anlangt, daß eine überstandene bovine Infektion zu späterer Lungentuberkulose infolge von Neuinfektion disponiert, so kann man es auch so deuten, daß hier eine gewisse Schutzwirkung der Bovinusinfektion vorliegt, indem ohne letztere die Erkrankten später nicht an Lungen-, sondern an allgemeiner Tuberkulose zugrunde gegangen wären. Alles in allem vertritt K. die Meinung, daß den Rinderbacillen nicht die ihnen von O. zugeschriebene Bedeutung zukommt und daß jedenfalls die Frage nach der Bedeutung des Rinderbacillus für den Menschen gegenwärtig noch nicht spruchreif ist.

Herr **Max Wolff** demonstriert die von einem der seltenen Fälle primärer Darmtuberkulose beim Menschen herrührenden Präparate. Mit der tuberkulösen Milz dieses Falles war zunächst ein Meerschweinchen geimpft worden; 7 Wochen später wurde dieses getötet und bei ihm starke Tuberkulose der Leber, der Lungen und der Milz gefunden. Mit Verreibung von Lungen und Milz dieses Tieres wurde sodann ein durch die Tuberkulinprobe als tuberkulosefrei befundenes Kalb geimpft und bei diesem dadurch starke Tuberkulose erzeugt, indem zwei weitere Tuberkulinproben nach der Impfung stark positiv ausfielen. Die 3 Monate nach der Impfung vorgenommene Sektion des getöteten Tieres ergab allgemeine von der Impfstelle ausgegangene Perlsucht; der Versuch und seine Ergebnisse wurden von dem Professor der Veterinärmedizin Ostertag und von dem französischen Tuberkuloseforscher Nocard als einwandfrei und eindeutig anerkannt. Damit war also bewiesen, daß der Mensch tatsächlich mit Perlsucht infiziert werden kann. Ein einziger derartiger Fall rechtfertigt natürlich den gesetzgeberischen Kampf gegen die Perlsucht der Rinder.

Herr **Eber** (Leipzig) a. G. geht nochmals auf seine von Orth bereits besprochenen, im Veterinärinstitut der Universität Leipzig in den Jahren 1903 bis 1910 ausgeführten Versuche ein; ferner bespricht er gewisse Versuchsergebnisse der englischen Tuberkulosekommission, die in der Tat für eine Ueberführungsfähigkeit der beiden Bacillenarten ineinander, zum mindesten aber für die Existenz „atypischer“ Tuberkulosebacillenstämme zu sprechen scheinen. Wie man aber auch die mannigfaltigen Versuchsergebnisse der verschiedenen Forscher deuten mag, von einer Ungefährlichkeit der Rinderbacillen, wie sie Robert Koch 1901 auf dem Londoner Kongreß behauptete, kann angesichts aller dieser Befunde nicht mehr die Rede sein, und man hat daher alle Veranlassung, den Kampf gegen die Rindertuberkulose energisch fortzusetzen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Sitzung vom 17. März 1913.

Vorsitzender: Herr Fürbringer.

Tagesordnung:

Magenfunktion und Psyche.

Herr **Bönniger**: Bekannt sind die Versuche Cloettas, wonach junge Hunde, die nur mit Milch ernährt werden, überhaupt keine freie Salzsäure im Magensaft haben. Vortr. prüfte dieses Problem mehrmals nach. Von 4 jungen Hunden eines Wurfes wurden 2 mit Milch, 2 mit Fleisch ernährt.

Gegenwärtig wird die Titration des Magensaftes verworfen und das Arbeiten mit Indikatoren vorgezogen. Die Kliniker führen aber die alte Methode und die alten Bezeichnungen weiter. Vortr. hat an der Indikatorenmethode auszusetzen, daß ihr Schema für normale und hyperacide Werte nicht verwendbar ist; hierfür gibt es keine Indikatoren. Danach ist eine Acidität von über 10 nach alter Bezeichnung nicht mehr zu bestimmen. Für die Praxis ist die alte Titration völlig brauchbar und ausreichend. Man soll aber die Bezeichnung „Gesamtacidität“ fallen lassen und dafür das Alkali-Bindungsvermögen einsetzen; man soll vom Titrationswert sprechen, denn die H-Ionenkonzentration ist dadurch bestimmt; der Titrationswert ist für die Magensaftuntersuchung maßgebend. Schon 1902 sagte Vortragender: „Die Acidität ist aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt. Es besteht ein Regulierungsmechanismus, der z. B. je nach der Schnelligkeit der Austreibung funktioniert.“ Das ist später von Roubeaux und Bickel vertreten worden.

Nach 1—2 Monaten bekamen die Hunde vermittelst Schlundsonde ein Probefrühstück von 30 g Semmel und 250 g Wasser; es wurde nach 1¼ Stunden ausgehebert. 1910 hatten die Milchhunde in allen Versuchen freie Salzsäurewerte, welche kaum niedriger als die der Fleischhunde waren. Erstere hatten meist größere Flüssigkeitsmengen als die anderen. Vortr. nahm damals eine geringere Motilität der Milchhunde an. 1912 wurden wieder 4 Hunde des gleichen Wurfes ebenso behandelt. Das Resultat entsprach nicht den Erwartungen; es fanden sich keine besonderen Unterschiede. Ein Fleischhund hatte zuerst große Achylie; die Resultate waren sehr schwankend. Vortr. nahm daher zur Erklärung die Wirkung der Psyche an. Deswegen wurden die Hunde nach Einführung des Probefrühstücks stark geängstigt. Hier war in allen Fällen die Acidität ganz minimal; es fand sich keine freie HCl. Die Flüssigkeitsmengen waren sehr groß; 100—150 ccm Flüssigkeit waren eingeführt worden. Damit ist die mächtige Wirkung der Psyche auf die motorische und sekretorische Funktion des Magens nachgewiesen. Jedenfalls ist eine Abhängigkeit der Sekretion von der Ernährung in keinem Falle nachgewiesen. Der Einfluß der Psyche auf die Magenfunktionen ist schon durch Pawlow und Bickel bekannt geworden. Unlustgefühl wirkt verzögernd auf die Vorgänge im Magen (Cohnheim). Der Einfluß der Psyche auf die Sekretion ist so groß, daß kein Mageninhalt nach 1¼ Stunden ausgetrieben wird und keine Sekretion bei sonst normalen Hunden erfolgt. Auch wenn die natürlichen Verhältnisse bei Fistelhunden nachgeahmt werden, scheinen sie nicht immer normal zu sein, denn Cohnheim sah nach Fleischnahrung nie freie Säure im Magen. Vortr. fand immer beträchtliche Mengen freier Säure im Magen nach Fleischmahlzeiten. Man spricht von Lust- und Unlustgefühlen. Die Lustgefühle sollen anregend wirken. Aber auf die Freßlust der Tiere wirken andere psychische Affekte abschwächend. Jeder Jäger weiß, daß der Hund vor der Jagd jedes Fressen verweigert. Infolge der Unlust zu fressen ist die Sekretion herabgesetzt; die Jagdlust des Hundes ist bekannt. Beim Menschen sind die psychischen Einwirkungen auf den Magen bekannt. Die Atonien mit Subacidität sind zu einem gewissen Teile psychisch zu erklären. Hier kann nur energische psychische Behandlung heilsam wirken, während Schonungstherapie unwirksam ist.

Die Austreibungszeit ist bei Milch- und Fleischhunden nicht verschieden. In der Magenmuskulatur war kein Unterschied bemerkbar; die Gewichte der Magen der Fleischhunde waren nicht größer. Vielleicht war das Gewicht der Magen der Milchhunde im Vergleich zum Körpergewicht sogar etwas größer. Auch die Wirkung gröberer Kost war nicht nachweisbar. Die Milchhunde bekamen eine außerordentlich schwere Pseudorachitis. (Folgen Demonstrationen von Lichtbildern.)

Diskussion:

Herr **Fuld**: Bei Vögeln ist die Verweildauer der Speisen eine andere, die mechanische Funktion des Magens ebenfalls; in letzterem werden die Speisen zerkleinert, denn der Vogel hat keine Zähne und mit dem Schnabel kann er nicht kauen. Schickelmann benutzte Gänse, die er teils mit Fleisch, teils mit Körnerkost fütterte. Er fand, daß durch die Körnerkost die Magenmuskulatur gekräftigt wurde, was durch die Fleischkost weniger bewirkt wird.

Vorhofpuls und Venenpuls.

Herr **Rautenberg**: Die Frage des Venenpulses ist schon von Riegel ausführlich erörtert worden. Es gibt zwei Arten, einen positiven und einen negativen Venenpuls; der letztere

ist normal, da er während der Systole des Ventrikels entsteht. Der positive Venenpuls ist nach Riegel ein Symptom der Tricuspidalinsuffizienz.

Die Frage des Venenpulses ruhte viele Jahre hindurch, bis das Interesse für die Funktionen des Herzens neu belebt wurde; es waren Forschungen über die Arrythmie. In ihrem Verlaufe machte 1902 ein englischer Arzt, Mackenzie, auf die diagnostische Vielseitigkeit des Venenpulses aufmerksam. Er benutzte dazu einen einfachen Registrierapparat.

Vortr. will nur auf den regelmäßigen Pulsschlag bei regelmäßiger Aktion des Herzens sich beschränken. Mackenzies Arbeit gab erhebliche Anregung. In Deutschland wurde gleichzeitig an vier Stellen der linke Vorhof registriert. Das geschah von der Speiseröhre aus. 4—8 cm oberhalb der Kardia liegt der linke Vorhof der Speiseröhre dicht an. Durch einen in den Oesophagus versenkten Ballon wurde die Pulsation gewonnen und mit der Herztätigkeit bezw. der Radialis verglichen. Verf. wollte folgende Fragen beantworten: Was bedeutet der normale Vorhofpuls, seine Zacken und seine Senkungen? Wie verhält er sich bei einzelnen Klappenfehlern, besonders der Mitralstenose? Wie verhält sich der Venenpuls zum Vorhofpuls? Der erstere ist wohl ein Ausdruck des Pulses des rechten Vorhofs. Kann man ihn mit dem Pulse des anderen Vorhofs vergleichen und daraus Schlüsse ziehen? — Die erste Welle bedeutet die systolische Kontraktion des Vorhofs; das übrige sind Bewegungen, die durch die Aktion des Ventrikels beeinflußt werden; zuerst findet sich eine kleine Erhebung, dann eine tiefe Senkung, schließlich eine Erhebung und ein tiefer Abfall; letzterer ist nur der Moment, wo der Ventrikel sich öffnet und das Blut aus dem Vorhof in sich hineinsaugt.

Diese Annahme wurde durch Vergleichung der sphygmographischen Kurven von Chauveau und Marey bestätigt. Dann verglich Vortr. bei Hunden diese Verhältnisse sowie die beiden Vorhöfe.

Der Venenpuls ist mit Vorsicht aufzufassen, weil der Puls nicht ein festes Rohr wie die Arterie trifft, sondern nur verstümmelt die Bewegung des Vorhofs wiedergibt. Die größere Flüssigkeit des venösen Blutes wirkt günstig; Anämische haben einen lebhaften Venenpuls. Die Hauptwelle erkennen wir als die Atriumsystole; ihr folgt die Ventrikelsystole mit dem normalen Abfall, der dem Pulse den Namen „negativ" verliehen hat.

Bei manchen Störungen, z. B. bei Tricuspidalinsuffizienz, ist der Vorhof gelähmt; das gilt aber nur für die Zeit der Dekompensation; bei Kräftigung sah Vortr. nach einem halben Jahre einen Puls, der keinen Unterschied gegen die Norm zeigte. Eine vorhandene Tricuspidalinsuffizienz braucht also im Stadium der Kompensation nur negativen Venenpuls zu zeigen.

Die Vorhöfe arbeiten im allgemeinen gleichartig; aber da der Reiz im rechten Vorhof entsteht, arbeitet dieser etwas früher. Zuweilen beobachtet man eine Asynergie der Vorhöfe; es kann der rechte Vorhof normal arbeiten, der linke paretisch sein; letzteres kennzeichnet sich durch Ausfall der Welle der Atriumsystole, z. B. im Falle von dekompensierter Tricuspidalinsuffizienz.

Mit Hilfe der Registrierung ist manche Frage gelöst. Aber diese Registrierung des Vorhofpulses ist nicht bei jedem Kranken passend; denn die Ballonmethode ist unbequem. Aber noch viele theoretische Fragen lassen sich damit beantworten, z. B. die Vergleichung mit dem Elektrokardiogramm.

Die Hauptwelle und die Senkung des Vorhofes sind im Venenpuls sichtbar, aber sehr verändert und verspätet ankommend. Denn der Venenpuls ist ein peripheres Phänomen. Also ist seine Deutung mit Vorsicht vorzunehmen, zumal bei denjenigen Wellenabschnitten, die durch die Reaktion des Ventrikels bedingt sind. Der letztere bedingt mannigfache Spitzen und Senkungen, die bei den verschiedenen Menschen ganz unregelmäßig ausfallen; freilich bei demselben Individuum ist das Bild immer gleichmäßig.

Der Praktiker hat zu fragen: Ist der Venenpuls negativ oder positiv? Im letztgenannten Falle saugt der Ventrikel nicht mehr genügend Blut aus dem Vorhof; es kommt z. B. bei Mitralstenose zu Stauungen in Vorhof und Vene. Zeigt der Venenpuls eine Atriumwelle, dann arbeitet der rechte Vorhof systolisch. Die folgende Senkung ist der Ausdruck der Reaktion des Ventrikels.

Diskussion zu dem Vortrag des Herrn Ohm: Ueber die Bedeutung des Venenpulses bei neuer kombinierter photographischer Methodik.

Herr **Rautenberg**: Die von O. angewandte Methodik ist sehr gut und empfindlich; aber sie läßt verschiedene Fehler bei der Deutung zu. Die Frage der D-welle betrifft nach R.s Meinung die Welle während der Stauung in der Ventrikelsystole. Die photographische Methode ist sehr exakt, gestattet aber nur einen zeitlichen, nicht ein ursächlichen Zusammenhang nachzuweisen; denn die Registrierung des Schallphänomens der Herztöne geht schneller als die der Pulswelle vor sich, so daß zwei nicht ätiologisch zusammenhängende Erscheinungen übereinander dargestellt werden; ferner stellt sich der Venenpuls als peripheres Phänomen viel später als die Pulmonalisbewegung ein. Es ist also aus den Kurven dieser Methode nur mit Vorsicht Schlüsse zu ziehen erlaubt. Die Aktivität des Vorhofes ist nie aus der ventrikel-systolischen Senkung zu schließen.

R.s Untersuchungen sind nur bei Atemstillstand gemacht. Die Atembewegung beeinflußt aber sehr deutlich den Venenpuls im Sinne der Senkung. Es sind sehr wichtige theoretische Streitfragen; aber sie werden kaum je für die Praxis Wert gewinnen.

Die Herren **Bönniger, Rehfisch** und **Lilienstein** fügen theoretische Bemerkungen an.

Herren **Ohm** und **Rautenberg**: Schlußwort. Mode.

IV. Bücherschau.

Neuere Anschauungen über das Wesen der Hysterie. Von Nervenarzt Dr. **G. Voss** [Düsseldorf]. (Berliner Klinik, Heft 294, Dezember 1912.) Berlin W., Fischers medizin. Buchhandlung (H. Kornfeld). 24 S. 0,60 M.

Im Laufe des letzten Jahrzehnts hat das von Charcot, Moebius u. a. gezeichnete Krankheitsbild der Hysterie von verschiedenen Seiten Anfechtungen erfahren. Die alte Lehre von der Hysterie genießt keine uneingeschränkte Anerkennung mehr; die einen wollen die Grenzen der Krankheit erweitern, die anderen verengen. Einzelne radikale Umstürzler sind so weit gegangen, den ganzen Krankheitsbegriff „Hysterie" als Einheit zu leugnen und sie als ein Konglomerat von Symptomen aufzufassen, die auf dem Boden der allerverschiedensten Krankheitszustände vorkämen. In der vorliegenden Arbeit stellt Verfasser in kritischer Weise diese verschiedenen neuen Anschauungen über das Wesen der Hysterie zusammen, die hauptsächlich durch die Namen Babinski, Breuer und Freud, Bonhöffer, Kohnstamm, Steyerthal repräsentiert werden. Ein wirkliches Verständnis für das Wesen der Hysterie ist nach Verf. noch nicht erreicht, aber aus den schon gewonnenen Erkenntnissen ist für die Zukunft ein tieferes Eindringen in die Natur der Krankheit zu erhoffen. Die Arbeit sei der Beachtung der Kollegen empfohlen.

Biologische Studie über die Ursache des Krebses. Von **C. Schellenberger**, Medizinalrat. Heidelberg 1913, Kommissionsverlag von Alfred Wolff. 24 S. 0,75 M.

Verf. berichtet über Untersuchungen, die er ohne die Hilfsmittel eines Laboratoriums unternommen hat, um dem Krebserreger auf die Spur zu kommen. Er knüpfte an Beobachtungen und Theorien anderer Autoren, wie Behla, v. Leyden, Lyons (Buffalo) an und gelangte dazu, im Kaminruß den Sitz des Krebserregers zu vermuten; von dort soll er durch den Wind auf Pflanzen (Kohlarten) oder Wasser gelangen und so Gelegenheit haben, Menschen zu befallen. Verf. gibt an, aus dem Kaminruß tatsächlich einen Parasiten gezüchtet zu haben, der auf Brassicaarten übertragbar ist und sich außerdem auf Leber oder frischem Fleisch massenhaft unter Zerstörung des Gewebes entwickelt. In einem gewissen Stadium soll der Erreger mit den seinerzeit von v. Leyden als „Vogelauge" bezeichneten Gebilden identisch sein. Schließlich versuchte Verf., um seine Theorie durch Impfversuche zu beweisen, Goldfische mit durchfeuchtetem Kaminruß zu infizieren und erzielte dabei zellige geschwulstartige pathologische Veränderungen, an denen die Tiere zugrunde gingen. Im Rahmen einer kurzen Buchanzeige ist nicht der Raum, kritisch zu den Angaben des Verfassers Stellung zu nehmen; es ist Sache der Krebs- und Protozoenforscher, die Ergebnisse, zu denen Verf. gelangt zu sein glaubt, an der Hand einer einwandfreien Methodik nachzuprüfen.

Die Geschlechtskrankheiten. Von Dr. med. **F. Siebert** (München). Mit 7 Abbildungen. (Naturwissenschaftlich-Technische Volksbücher, No. 52.) Leipzig, Theodor Thomas' Verlag. 40 S. 0,20 M. (geb. 0,40 M.).

Das kleine Buch bezweckt, weitere Kreise, in erster Linie die heranwachsende männliche Jugend, über die Geschlechtskrankheiten, ihr Wesen und die Art und Weise ihrer Uebertragung, aufzuklären und über die Mittel zu ihrer Verhütung zu belehren. In erster Linie empfiehlt Verf. dazu möglichste Vermeidung des außerehelichen wilden Geschlechtsverkehrs; da dieser Rat aber nicht immer befolgt werden wird, gibt Verf. auch kurze Anweisungen über die außerdem zu ergreifenden prophylaktischen Maßnahmen. Die mit sittlichem Ernst verfaßte Schrift verdient Empfehlung seitens der Aerzte.

Krankheit und soziale Lage. Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner herausgegeben von Prof. Dr. **M. Mosse** und Dr. med. **G. Tugendreich.** 3. Lieferung. München 1913, J. F. Lehmanns Verlag. S. 497—636. 4 M.

Die dritte Lieferung des vorliegenden Werkes schließt sich nach Inhalt und Ausstattung würdig den bisher erschienenen Teilen an. Zunächst bringt der bekannte Dermatologe Prof.

Blaschko in Gemeinschaft mit Dr. W. Fischer den Einfluß der sozialen Lage auf die Geschlechtskrankheiten zur Darstellung. Blaschko hat seit Jahren diesem Thema sein Interesse zugewendet und ist mit der Materie vertraut wie kaum ein anderer; dies zeigt sich auch wieder an der hier gebotenen Bearbeitung. Es folgt ein interessantes Kapitel über den Einfluß der sozialen Lage auf die akuten Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Typhus, Cholera usw.) aus der Feder des Oberarztes am Hamburg-Eppendorfer Krankenhause Dr. Reiche. Mosse selbst behandelt die Beziehungen der Tuberkulose zur sozialen Lage in sehr gründlicher Weise. Dann folgen zwei kleinere Kapitel: Hofrat Dr. Theilhaber (München), der schon früher mit Arbeiten über dies Gebiet hervorgetreten ist, bespricht den Einfluß der sozialen Lage auf die Entstehung von Geschwülsten; Prof. Williger (Berlin) schildert den Einfluß der sozialen Lage auf Zahnkrankheiten. Es werden in diesen beiden letzten Kapiteln manche interessante, bisher weniger beachtete Fragen berührt. Am Schlusse eines jeden Abschnittes ist die wichtigste Literatur zusammengestellt. Die Schlußlieferung des Werkes (Gesamtpreis 20 M.) soll in kurzer Zeit erscheinen. R. L.

Zeitschrift für Pathopsychologie, herausgegeben von **Wilhelm Specht.** II. Band. Heft 1 u. 2. Leipzig 1912/13, Verlag von Wilhelm Engelmann.

In den beiden ersten Heften des neuen Bandes dieser Zeitschrift finden sich eine Reihe beachtenswerter Beiträge, auf welche wir die Aufmerksamkeit unserer Leser, soweit sie sich für psychologische und psychiatrische Fragen interessieren, lenken wollen. Der Herausgeber Specht steuert eine Untersuchung zur Phänomenologie und Morphologie der pathologischen Wahrnehmungstäuschungen bei; Mittenzwey setzt seine Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre fort. Außerdem wird die Freudsche Theorie in einer kurzen Arbeit von Störring besprochen. Unter dem Titel „Der Einzelne und der Zuschauer" bringt Frhr. v. Gebsattel Untersuchungen zur Psychologie und Pathologie des Triebes nach Beachtung. Ueber leibhaftige Bewußtheiten (Bewußtseinstäuschungen) handelt eine Arbeit von Jaspers; endlich bietet Otto Sittig einen Beitrag zur Kasuistik und psychologischen Analyse der reduplizierenden Anamnesie. R. L.

Die Naturwissenschaften. Wochenschrift für die Fortschritte der Naturwissenschaft, der Medizin und der Technik (gleichzeitig Fortsetzung der von W. Sklarek begründeten Naturwissenschaftlichen Rundschau). Herausgegeben von Dr. **Arnold Berliner** und Dr. **Curt Thesing.** Verlag von Julius Springer in Berlin. Preis vierteljährlich 6 M.

Vorliegende Zeitschrift wendet sich an den weiten Kreis aller derjenigen, welche als Forscher, Lehrer und Praktiker auf dem Gebiete der reinen oder angewandten Naturwissenschaften und der Medizin tätig sind. Sie bringt in jeder Nummer Originalbeiträge und Sammelreferate, Besprechungen von Büchern und Zeitschriftenartikeln von allgemeinerem Interesse, Berichte über wissenschaftliche Veranstaltungen (Vereine, Kongresse und dergl.), über sonstige Ereignisse auf dem Gebiete des Wissenschaftsbetriebes, über Fragen des naturwissenschaftlichen Unterrichts, Hochschulnachrichten und dergl. Das erste Heft enthält u. a. einen Artikel von Prof. O. Hertwig (Berlin): Naturwissenschaften und Biologie, sowie einen kurzen Aufsatz von Prof. W. His (Berlin): Arzt und Naturwissenschaften, ferner einen Aufsatz von Prof. N. Zuntz: Die Beziehungen der Mikroorganismen zur Verdauung, endlich von Prof. Kassowitz (Wien) über Biologische Probleme. Es geht daraus hervor, daß hervorragende medizinische Forscher dem Unternehmen ihre Mitarbeit widmen. Ebenso zählt die Zeitschrift bedeutende Mitarbeiter auf dem Gebiete der Physik, Chemie und der übrigen Naturwissenschaften. Aerzten, welche sich eine allgemeinere naturwissenschaftliche Bildung aneignen wollen, wird die Zeitschrift gute Dienste leisten. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Zu unserer Mitteilung über die Wahl des **Stadtmedizinalrats** bemerken wir noch berichtigend, daß die Wahl nicht vom Magistrat, sondern von der Versammlung der Stadtverordneten vorgenommen wurde.

— In dem seit Jahren vorbereiteten neuen **Strafgesetzbuch** wird die dem jetzigen § 367,6 entsprechende Bestimmung eine für die Aerzte wichtige Ergänzung enthalten, indem die fragliche Strafbestimmung nicht gelten soll für die unentgeltliche Abgabe von Proben an Aerzte und die unentgeltliche Abgabe von Medikamenten an Patienten durch Aerzte zu Probezwecken.

Breslau. Die hiesigen **Spezialärzte** haben sich zu einer Vereinigung zwecks Vertretung ihrer wirtschaftlichen Interessen zusammengeschlossen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Abteilungsvorsteher am Hygienischen Universitätsinstitut Prof. Ficker ist beurlaubt worden, um auf Aufforderung der brasilianischen Regierung das staatliche Bakteriologische Institut in Sao Paulo für ein Jahr zu leiten.

— Als Leiter des von der Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften geplanten **Biologischen Instituts** in Dahlem ist der hervorragende Embryologe Geh. Hofrat Prof. Dr. phil et h. c. med. Th. Boveri, zurzeit Ordinarius der Zoologie in Würzburg, in Aussicht genommen.

— Zum ersten Male sind in diesem Jahre **Preise** aus der Stiftung des Stadtverordneten Selmar Solmitz vergeben worden. Es erhielten je 800 M. Dr. G. Wolfsohn, Assistenzarzt am Krankenhause der jüdischen Gemeinde, für seine Arbeit „Ueber Serodiagnostik des Krebses" und Dr. Valentin, Assistenzarzt am Rudolf-Virchov-Krankenhaus, für seine Arbeit „Ueber Transplantationen".

Königsberg i. Pr. Dr. Hans Reiter hat sich für Hygiene und Bakteriologie habilitiert.

Kiel. Dr. Max Kappis hat sich für Chirurgie habilitiert.

Bonn. Den Privatdozenten Dr. Karl Bachem (Pharmakologie), Dr. Hugo Stursberg (innere Medizin) und Dr. Erich Zurhelle (Gynäkologie) ist das Prädikat „Professor" beigelegt worden.

Cöln. Im Alter von 39 Jahren starb Professor Dr. med. John Seemann, ordentliches Mitglied und Professor für Physiologie an der Akademie für praktische Medizin.

Düsseldorf. Der außerordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Gießen Dr. J. G. Mönckeberg ist als Nachfolger des nach Kiel übersiedelnden Prof. O. Lubarsch als ordentliches Mitglied der Akademie für praktische Medizin und Direktor des städtischen pathologischen Instituts hierher berufen worden.

Wien. Der Professor der Histologie Hofrat Dr. v. Ebner ist nach erreichter Altersgrenze vom Lehramt zurückgetreten.

— Dr. Richard Stern hat sich für Neuropathologie, Dr. Rudolf Neurath für Kinderheilkunde habilitiert.

Lemberg. Der Universitätsdozent für Anatomie des Nervensystems Dr. Gustav Bikeles erhielt den Titel eines ordentlichen Universitätsprofessors.

Bern. Dr. Fr. L. Dumont hat sich für Chirurgie, Dr. M. Steiger für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Ministerialrat Prof. Dieudonné (München) wurde zum ordentlichen Mitglied des Deutschen Zentralkomitees für die **Internationale Vereinigung für Krebsforschung,** Geheimrat Orth (Berlin) zum Vorstandsmitglied für die Internationale Vereinigung gewählt.

Wiesbaden. Die **Südwestdeutsche und die Niederrheinisch-Westfälische Vereinigung für Kinderheilkunde** werden, wenn genügend Vorträge angemeldet werden, am Sonntag, den 13. April, hier eine gemeinsame Tagung abhalten. Anmeldungen zu Vorträgen sind vor dem 1. April an Dr. Lugenbühl, Wiesbaden, Schützenhofstr. 9, zu senden. Die beabsichtigte gemeinsame Tagung mit der holländischen Vereinigung fällt für dieses Jahr aus.

Marburg. Die 16. Tagung der **Deutschen pathologischen Gesellschaft** findet vom 31. d. M. bis 2. April in Marburg a. L. unter dem Vorsitz von Herrn E. Fraenkel statt. Referat: Herkunft und weitere Schicksale der Lymphocyten bei entzündlichen Prozessen (F. Marchand und C. Sternberg).

Gent. Der **3. internationale Kongreß für Neurologie und Psychiatrie** findet vom 20. bis 26. August in Gent statt. Anfragen an den Generalsekretär Dr. F. D'Hollander, 110 Boulevard Dolez, Mons, Anmeldungen an den Schatzmeister, Dr. Deroitte, Brüssel, Rue Albert 192. (Vergl. hierzu die einer anderen Quelle entnommene Notiz in No. 11, S. 136, die sich mit der vorstehenden Mitteilung nicht gut vereinigen läßt. Red.)

Gerichtliches.

Leipzig. Vor dem hiesigen Schöffengericht wurde kürzlich eine **Beleidigungsklage** verhandelt, die die beiden Aerzte Dr. Hartmann und Dr. Streffer als Vorstandsmitglieder des Leipziger Verbandes gegen den Kaufmann Gottlieb aus Heidelberg, Vorsitzenden des „Zentralverbandes für Parität der Heilmethoden" und Herausgeber der Zeitschrift „Freie Heilkunst", wegen mehrerer in dieser Zeitschrift erschienener Artikel angestrengt hatten. Das Urteil lautete auf eine Geldstrafe von 100 M.

Warnsdorf. Der bekannte Fabrikant des „Antidiabeticum" Bauer in Kötzschenbroda wurde nach dreitägiger Verhandlung vom Schwurgericht in Böhm-Leipa wegen **Beleidigung** des Dr. Kantor in Warnsdorf, Herausgebers und Redakteurs des „Gesundheitslehrer", begangen durch eine anonyme Schmähschrift, zu 6 Wochen Haft verurteilt, die in eine Geldstrafe von 3000 Kronen umgewandelt wurden.

Verschiedenes.

Berlin. Nach dem 82. Jahresbericht des Direktoriums der **Hufelandischen Stiftungen** für notleidende Aerzte und Arztwitwen sind im Jahre 1912 aus den Mitteln dieser Stiftungen 21 Aerzte mit zusammen 7150 M. und 173 Arztwitwen mit zusammen 21 695 M. unterstützt worden. An Beiträgen von Aerzten sind für die Aerztekasse 11 126,30 M., für die Witwenkasse 14 549,50 M. eingegangen. Das Vermögen am Schlusse des Jahres 1912 beträgt bei der Unterstützungskasse für Aerzte 585 166,45 M. und bei der Unterstützungskasse für Arztwitwen 323 629,65 M. Aus den Mitteln der bei den Hufelandischen Stiftungen mitverwalteten Stiftung des Dr. med. Heinrich Goburek (Tilsit) für notleidende Arztwaisen sind in 54 Fällen für Arztwaisen an einmaligen Unterstützungen zusammen 6250 M. gezahlt worden. Das Vermögen dieser Stiftung beträgt am Schlusse des Jahres 1912 224 449,76 M. Die bei den Hufelandischen Stiftungen mitverwaltete Dr. Ignatz Braunsche Stiftung besitzt ein Vermögen von 16 552,10 M. — Der Deutsche Desinfektorenbund veranstaltet vom 13. bis 16. Juli d. J. in den „Marinehaus-Festsälen", Brandenburger Ufer 1, eine **Fachausstellung für Desinfektion und Ungeziefervernichtung**. Zuschriften betreffs der Ausstellung sind zu richten an die Geschäftsstelle der Ausstellungskommission Herrn Desinfektor Julius Schulz, Berlin-Pankow, Görschstr. 3.

Wien. Unsere in der vorigen Nummer gebrachte Notiz über den **Goldberger-Preis** ist dahin zu berichtigen, daß die Preisarbeiten bis zum 15. Mai 1915 (nicht 1914) eingesendet sein müssen. — Falls das ausgeschriebene Preisthema keine oder keine befriedigende Bearbeitung erfahren hat, kann auch dem Verfasser der besten im Laufe der letzten drei Jahre vor Schluß des Einreichungstermins erschienenen oder ad hoc im Manuskripte dem Präsidenten der k. k. Gesellschaft der Aerzte vorgelegten Untersuchungen aus dem Gesamtgebiet der medizinischen Wissenschaften der Preis verliehen werden.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen.

Preußen.

Zwei Assistentenstellen bei dem kgl. Hygienischen Institut in Beuthen (O.-Schl.) mit durchschnittlich 2100 M. Jahresremuneration; für eine dieser Stellen ist Dienstwohnung gegen geringe Mietvergütung vorhanden, mit der anderen Stelle sind voraussichtlich nebenamtliche Einnahmen verbunden. Meldungen an den Institutsdirektor.

(Veröffentlicht am 19. März d. J.)

Bayern.

Die Stelle des ärztlichen Assistenten an der k. Zentralimpfanstalt ist alsbald neu zu besetzen. Bakteriologische Vorbildung ist erwünscht; die Ausübung der ärztlichen Praxis ist gestattet. Die mit der Stelle verbundenen Bezüge betragen jährlich 3000 M. Meldungen mit Nachweisen über den bisherigen Bildungsgang sind an den k. Zentralimpfarzt Dr. Groth in München, Neudeck 1, zu richten.

(Veröffentlicht am 18. März d. J.)

Personalia.

Preußen.

Verzogen: Dr. W. Bethge von Halle a. S. nach Zeitz, Dr. R. Ehebald von Halle a. S. nach Erfurt, Dr. R. Hirz von Heilstätte Vogelsang b. Magdeburg nach Bad Rehburg, Oberarzt Dr. W. Benkmann von Marienburg nach Hammerstein, Aerztin Dr. F. Leuss von Stuttgart nach Bergquell, Dr. F. Kehren von Buttelstedt und Dr. A. Kruse von Lubmin nach Tongelow, Dr. G. Rohde von Stargard i. Pomm. nach Lauenburg i. Pomm., Dr. W. Schönrock von Lerbach nach Luschwitz, Dr. St. Lassocinski von Samter nach Neustadt b. P., Dr. J. F. Dose von Christiansfeld und Dr. H. Berberich von Hamburg nach Altona, Dr. L. Talke von Apenrade nach Nürnberg, Dr. W. Müller von Bad Soden nach Eckernförde, R. Bech von Niebüll nach Eidelstedt, Dr. W. Meyer von Cassel und Dr. C. Paysen von Hollingstedt nach Kiel, Dr. F. J. Dröder von Heiligenstadt nach Bogentreich, Dr. J. Willmes von Cöln, Dr. E. Heimann von Stuttgart, Dr. L. Cohn von Berlin und Dr. J. Weinrich von Mülheim a. Rh. nach Paderborn, Dr. H. Sauerwald von Bad Oeynhausen nach Hamburg, Dr. Th. Laub von Mülhausen i. E., Dr. O. H. Lang von Bad Wildungen und Dr. M. Vogt von Grevelsberg nach Barmen, Dr. A. K. Ludwig von Groitsch, Dr. E. de Vedia von Ahlen i. W. und Dr. J. Gärtner von Jena nach Düsseldorf, Dr. H. R. P. Burkhard von Berlin-Friedenau nach Elberfeld, Dr. E. Alletsee von Frankfurt a. M. nach Stoppenberg, Dr. B. Menne von Bonn nach Essen, Dr. E. Kerris von Galkhausen nach Johannistal b. Süchteln, Dr. F. Trögele von Hamburg und Dr. M. Többen von Berlin nach Oberhausen, Dr. K. Gülke von Sontra und Dr. K. Schulze-Kump von Paderborn nach Leichlingen, Dr. A. Siebert von Johannistal b. Süchteln nach Galkhausen, Dr. A. Meilchen von Saarlouis nach Neuerburg, Dr. E. Mory von Saarbrücken nach Neunkirchen, Dr. A. Escher von Gelsenkirchen und Dr. N. Lauxen von Neunkirchen nach Ottweiler, Dr. F. G. Martin von Thalfang nach Saarbrücken, Dr. P. Gericke von Londorf nach Mülheim (Ruhr), Dr. M. Arnold von Birkenhof nach Rauschen, Dr. K. Loewer von Darmstadt nach Danzig, Dr. A. Ketteler von Zwischenahn nach Zoppot, Geh. San.-Rat Prof. Dr. G. Pannwitz von Charlottenburg nach Hohenlychen, Dr. K. Schmidt von Klingenmünster nach Berlin-Rosenthal (Nordend), Dr. K. Sitzler von Lüneburg nach Eberswalde, Dr. H. Heine von Saarbrücken nach Luckenwalde, San.-Rat Dr. Chr. Fassbender von Ibbenbüren nach Südende, Dr. A. Albrecht von Trebnitz nach Berlin-Steglitz, Dr. R. Bulla von Mülheim a. Rh., Aerztin Dr. Ch. Sternberg von Berlin und Dr. K. Bösenberg von Berlin-Reinickendorf nach Berlin-Schmargendorf, Dr. F. Kuhlmann von Berlin nach Berlin-Friedenau, Marineoberstabsarzt a. D. Dr. K. Rechenbach von Kiel nach Gerswalde, Dr. K. Lorenz von Bad Rehburg nach Beelitz, Stabsarzt Dr. O. Geissler von Neuruppin nach Dom. Brandenburg, Dr. J. Brennecke von Kiel nach Brandenburg a. H., Dr. Füchte von Ahlen i. W. nach Goch, Dr. H. Fischer von München nach Düsseldorf, Dr. F. Conzen von Cöln und Dr. F. Knotte von Berlin nach Essen, Dr. W. Macke von Herschbach nach Burgwaldniel, W. Krüger von Prenzlau nach Oberhausen, Dr. E. Eisenlohr von Barmen nach Würzburg, Dr. W. Deissler von Wiesdorf nach Iffezheim, G. Lochner von Berlin nach Sternberg, Dr. F. Sarrazin von Köslin nach Landsberg a. W., Dr. G. Pordom von Wiesbaden nach Arensdorf (Kr. Lebus), Dr. E. Götze von Arensdorf nach Seelow, Dr. W. Siegert von Berlin nach Halberstadt, Dr. B. Hertz von Magdeburg nach Burg, Dr. H. J. Bohmeyer von Todtmoos nach Vogelsang, Dr. P. Keding von Rostock nach Aschersleben, W. Gaudin von Jena nach Salzwedel, Dr. H. Riebeling von Cassel und Dr. J. Hundt von Pforzheim nach Harburg, Dr. K. Lübbers von Greifswald nach Gladbeck, Dr. H. Hahn von München nach Münster, W. Knappe von Osnabrück nach Buer, M. Steckelberg von Witten nach Recklinghausen, Dr. E. Lippert von Marburg, Dr. A. Mauer von Reisen als Schiffsarzt, Dr. A. Stumm von Aachen und Dr. B. Boesensell von M.-Gladbach nach Dortmund, Dr. M. Ellerbrock von Reisen als Schiffsarzt und Dr. W. Bäumer von Freudenberg nach Gelsenkirchen, Dr. V. Müller von Erfurt nach Bochum, Dr. J. Müller von Gelsenkirchen nach Suttrop, Dr. F. Loeser von Erwitte nach Lippstadt, W. Wegner von Rastenburg nach Hünfeld, Dr. J. Stoll von Frankfurt a. M. nach Nauheim, Dr. M. Maier von Frankfurt a. M. nach Straßburg i. E., Dr. W. Schlandraff von Frankfurt a. M. nach Hanau zum Militär, Dr. A. Naumann von Freiburg i. Br., Dr. C. Hessel von Heidelberg, Dr. F. Walterhöfer von Jena, Dr. F. Weihe von Herford, Dr. H. Köster von Bremen und Dr. W. Vogel von Meiningen nach Frankfurt a. M., K. Moser von Weilmünster nach Stuttgart, Dr. A. Gans von Duisburg-Meiderich nach Mengerskirchen, Dr. J. Arnold von Halle a. S. und Oberarzt Dr. E. Zwicke von Cöln nach Wiesbaden, Dr. F. Ullrich von Coblenz nach Bremen, Dr. W. Escherer von Wartenberg (Oberbayern), Aerztin Dr. E. Eichmann von Osnabrück und Dr. F. Wöhler von Schöneberg bei Wildbad (Württemberg) nach Aachen, Dr. F. Lorenz von Düren nach Schöneberg bei Wildbad (Württemberg), Dr. P. Bartels von Berlin nach Königsberg i. Pr., Dr. P. Abraham von Neubabelsberg, K. Bacharach von Heidelberg, Dr. W. Cobliner von Charlottenburg, Dr. A. Goldschmidt von Königshütte (O.-Schl.), Dr. E. Huppermann von Magdeburg nach Berlin, Dr. K. F. Seer von Ohligs nach Laichlingen, Dr. A. Ruete von Straßburg i. E. und Dr. W. Hilgers von Hamburg nach Bonn, Dr. K. Weih von Aachen und Dr. M. Westenberger von Manderscheid nach Cöln, Dr. E. Hoestermann von Bonn nach Heidelberg, Dr. H. Schricker von Mülheim a. Rh. nach Erlangen, Dr. F. Eyles von Cöln nach Bonn.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | **Berlin, 5. April 1913** | **No. 14**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.

82. Jahrgang **Berlin, 5. April 1913** **No. 14**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aus der I. Medizinischen Universitäts-Klinik in Konstantinopel.

Ein Beitrag über die Anwendbarkeit einer Kombination von Digitalis und Strophanthus.

Von

Dr. med. **Adnan**, Professeur agrégé.

Bei meiner Tätigkeit an einem großen Berliner Krankenhause hatte ich Gelegenheit, ein neues Digitalispräparat kennen zu lernen, dessen Kombination mit Strophanthus mir für die Anwendung besonders geeignet erschien. Es war dies das Digistrophan, welches meine Aufmerksamkeit erregte, weil es mir besondere Vorteile bei seiner Anwendung zu bieten schien und das erste Herzmittel ist, das von autoritativer Seite einer dauernden Kontrolle in bezug auf seine Herzwirkung unterzogen wird. Dr. A. Bickel (Berlin) hat es unternommen, das Digistrophan durch tierexperimentelle Versuche einer fortlaufenden Kontrolle hinsichtlich der Konstanz seiner Zusammensetzung, d. i. also zwecks einer auch bei dauernder Aufbewahrung gleichbleibenden Wirkung, zu unterziehen. Meines Erachtens bietet dadurch das Digistrophan dem ordinierenden Arzte ein wertvolles Herzmittel, weil er bei ihm keine Fehlschläge zu befürchten braucht. (Ich möchte gleich vorwegnehmen, daß die Wirkung oft eine sehr kräftige ist, so daß man mit verhältnismäßig geringen Dosen auskommt.) Es kann nicht geleugnet werden, daß das Infusum Digitalis eine ausgezeichnete Wirkung aufweist. Aber die je nach Zeit und Ort der Einsammlung wechselnde Zusammensetzung der Digitalisblätter legte schon vor Jahren den Wunsch nahe, einzelne wirksame Bestandteile der Digitalisblätter zu isolieren, um auf diese Weise eine konstantere Wirkung zu erzielen. Die häufig ausbleibende oder sehr wechselnde Herzwirkung bei derartigen Präparaten (Digalen, Digipuratum, Digitoxin u. a.) ließen jedoch die Industrie in neuerer Zeit sich der Darstellung solcher Präparate zuwenden, welche wieder den gesamten Gehalt wirksamer Substanzen aus Digitalis enthielten, weil es trotz zahlreicher Versuche bisher immer noch nicht gelungen ist, festzustellen, welches der Digitalisalkoloide die eigentliche Herzwirkung erzielt bezw. welche Alkaloide gemeinsam vorhanden sein müssen, um die gewünschte Wirkung hervorzurufen. Bei der Digitalis spielt aber noch ein Moment eine Rolle, das unter Umständen nicht nur störend, sondern auch verhängnisvoll wirken kann; es ist dies die Kumulativwirkung. In jahrelangen Versuchen hatte Dr. Böllke, zurzeit leitender Arzt der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Ratibor, die Beobachtung gemacht, daß eine Kombination von Digitalis und Strophanthus die Kumulativwirkung ganz bedeutend herabsetzt, ja eigentlich überhaupt nicht beobachten läßt. Dies gab ihm die Anregung, einer Firma der chemischen Großindustrie den Vorschlag zu machen, ein auf Froscheinheiten eingestelltes Digitalis-Strophanthuspräparat darzustellen, das die Summe der Alkaloide von Digitalis und Strophanthus in einer konstanten, dauernd haltbaren Form enthalten sollte. Die Firma Goedecke & Co. hatte es übernommen, nach einem von ihr ausgearbeiteten Verfahren eine Digitalis-Strophanthuskombination, das Digistrophan, mit mehrfachen Darreichungsmöglichkeiten in den Verkehr zu bringen. Das Präparat gelangt nicht nur in flüssiger, sondern auch in Tabletten-, Kapsel- und Pulverform, ferner zur subkutanen Anwendung in den Verkehr. Bezüglich der subkutanen Anwendung muß eine gewisse Vorsicht obwalten, da es ja eine bekannte Erscheinung ist,

daß Herzmittel bei subkutaner Darreichung gelegentlich vehement wirken; man wird sich daher auf spezielle Fälle, in welchen die Darreichung per os nicht angängig ist, oder auf Fälle mit Lebensgefahr beschränken müssen. Dagegen ist die trockene Form (Tabletten), besonders aber die Kapseln, die nach meinem Dafürhalten vollkommenste Ordination für Digitalis und Strophanthus. Ich habe das Digistrophan nunmehr seit 3 Jahren häufiger angewandt und nicht einen einzigen Mißerfolg gesehen. Die Herzwirkung trat prompt ein, hatte eine lange Dauer; die Diurese wurde verstärkt und eine Kumulativwirkung wurde nicht beobachtet. Es ist ein besonderer Vorzug des Digistrophan, den Blutdruck zu regulieren, d. h. abnorm niedrigen Druck zu heben, Hochdruckstauung herabzusetzen. Die Digistrophankapseln haben den Vorteil, daß sie den Magen passieren und erst vom Darm aus zur Resorption gelangen. Dies ist besonders für solche Patienten von Wichtigkeit, deren Magen sonst keinerlei Digitalispräparate verträgt.

Die nachstehenden drei Fälle veranschaulichen die Wirkung des Digistrophan ganz besonders:

Fall 1. Ein Mann von 50 Jahren kam mit einer ziemlich fortgeschrittenen Herzinsuffizienz nach der Klinik. Wir wandten zuerst Infusum Digitalis und Diuretin an. Nach acht Tagen war kein Erfolg zu verzeichnen; die Oedeme und die Atemnot gingen nicht herunter. Es wurde nun 3 mal täglich je 1 Digistrophantablette verabreicht. Schon am nächsten Tage trat starke Diurese und Blutdruckerhöhung ein. Vor der Behandlung hatte der Patient eine Pulszahl von 120. Nach Darreichung des Digistrophan sanken die Pulsschläge auf 90. Nach 2 Wochen konnte der Patient ohne Oedeme und ohne Atemnot entlassen werden.

Fall 2. Ein Mann von 62 Jahren wurde mit einer Myodegeneratio cordis aufgenommen und gleich mit Digistrophan behandelt. Es trat prompte Wirkung ein. Trotzdem dieser Patient ¼ Jahr in der Klinik lag und mit Digistrophan andauernd behandelt wurde, trat keine Kumulativwirkung ein; stets wirkte das Digistrophan prompt und stärker als ein frisch bereitetes Digitalisinfus. Der Puls war anfangs 110 und unregelmäßig; Oedeme gering. Unter der Digistrophanbehandlung gingen die Pulsschläge bis auf 85 herunter und der Blutdruck erhöhte sich.

Fall 3. Ein an Insufficientia mitralis leidender Patient kam mit allen Erscheinungen von Kompensationsstörungen, Tachykardie, Oedemen und Atemnot in die Klinik. Er wurde zuerst durch den Assistenten mit Digitalisinfus behandelt. Der Erfolg war durchaus unzureichend. Erst nach Darreichung von Digistrophan fing am dritten Tage eine günstige Wirkung an. Es erfolgte kräftige Diurese, der Blutdruck wurde stärker und nach 8 Tagen konnte der Patient ohne Kompensationsstörungen entlassen werden.

Alles in allem glaube ich, auf Grund der vorhandenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen und meiner eigenen Erfahrungen das Digistrophan als ein Herzmittel ansprechen zu dürfen, welches durch die Zuverlässigkeit seiner Wirkung den Arzt niemals im Stiche lassen wird. Und dies ist ja das Wichtigste für den Patienten.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten und Kinderheilkunde).

Dina Rabinowitsch: Die Leukocyten verschiedener Altersstufen. Untersuchungen über die Leukocyten gesunder Kinder. (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 59, H. 3 u. 4.)

Die Untersuchungen, in der Sahlischen Klinik in Bern angestellt, ergeben folgendes: Bei gesunden Kindern im Alter von 1—15 Jahren beträgt die Gesamtzahl der Leukocyten in 1 cmm Blut im Durchschnitt 6500—8000, wie bei Erwachsenen. Das Geschlecht bewirkt keinen Unterschied in der Leukocytenzahl.

Die neutrophilen, mehrkernigen Leukocyten nehmen mit dem steigenden Alter der Kinder kontinuierlich an Zahl zu. Während in den ersten Lebensjahren die Zahl der neutrophilen Zellen ca 30 pCt. aller Leukocyten beträgt, erreicht sie im 15. bis 16. Jahre ca. 70 pCt., wie bei Erwachsenen.

Die Lymphocyten betragen im 1.—2. Jahre ca. 60 pCt. aller weißen Blutkörperchen und nehmen im Laufe der nächsten Jahre anhaltend an Zahl ab, so daß sie bei den Kindern von 15—16 Jahren ca. 30 pCt., d. h. wie bei Erwachsenen, erreichen.

Während also bei kleinen Kindern die Zahl der Leukocyten größer ist als die der neutrophilen körperlichen, ist bei älteren Kindern das Verhältnis umgekehrt; diese Umkehrung vollzieht sich durchschnittlich im 6. Lebensjahre.

Die Zahlen der eosinophilen Zellen betragen im Durchschnitt 4—6 pCt., schwanken aber bei verschiedenen Kindern gleichen Alters in weiten Grenzen.

Die Zahl der Uebergangsformen beträgt bei Kindern 2 bis 3 pCt.

Die Zahlen der Mastzellen sind bei Kindern im ganzen klein, betragen ca. 0,3—0,6 pCt. Sehr oft findet man in Präparaten gar keine Mastzellen.

Die Zahl der großen Mononukleären beträgt 1—3,3 pCt. und ist für alle Altersstufen nahezu gleich. R.

Privatdozent **Arnold Josefson** (Stockholm): **Experimentelle Untersuchungen über die Möglichkeit einer Uebertragung der Kinderlähmung durch tote Gegenstände und durch Fliegen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Die Wege, auf denen die Ansteckung bei der epidemischen Kinderlähmung erfolgt, sind im einzelnen noch unbekannt. Viele Tatsachen weisen auf eine direkte Ansteckung von Person zu Person hin. Verf. teilt u. a. einige Fälle mit, in denen Pflegerinnen von Poliomyelitiskranken selbst an der Krankheit erkrankten und starben. Aber es ist ebenso gut möglich, daß auch an Gebrauchsgegenständen, die von Poliomyelitiskranken benutzt worden sind, das Virus haftet und die Krankheit weiterverbreiten kann. Verf. berichtet über experimentelle Untersuchungen an Affen, welche die Möglichkeit dieses Uebergangsmodus zu beweisen scheinen. Er konnte mittels Aufschwemmungen von Taschentüchern und einer Handarbeit, die längere Zeit von Poliomyelitikern benutzt worden waren, bei Affen die Poliomyelitis hervorrufen. Die Versuche beweisen also, daß das Virus der epidemischen Kinderlähmung an toten Gegenständen haften und virulent bleiben kann. R. L.

Hans Ludwig Borck: Hirnblutungen bei Meningitis tuberculosa. (Dissertation, Berlin 1912.)

In der Literatur sind nur zwei einschlägige Fälle berichtet. Verf. ist in der Lage, diesen beiden einen neuen hinzuzufügen. Fall 1 ist von Rautenberg in der St. Petersburger med. Zeitschr. vom Jahre 1869 veröffentlicht und betrifft ein dreijähriges Mädchen. Fall 2, von Votruba als „Meningoencephalitis tuberculosa haemorrhagica" in der Casopis Ces. lek. 1905 beschrieben, betrifft eine 24 jährige Frau. Fall 3 ist in der Heubnerschen Kinderklinik der Berliner Charité zur Beobachtung gekommen und betrifft einen 4 jährigen Knaben. Fall 1 bietet das Bild einer normal verlaufenden Meningitis tuberculosa, bei der am Ende der ersten Krankheitswoche vorübergehende leichte Zuckungen am Gesicht und an den Extremitäten auftraten, die vorwiegend die linke Seite betreffen. Vom 7. bis 9. Tage eine Remission; am 10. Tage erfolgte unter heftigem Blutbrechen plötzlicher Tod durch Arrosion eines Lungenarterienastes. Keinerlei Lähmungen im Verlauf. Die Gehirnsektion ergab eine ausgedehnte tuberkulöse Meningitis der rechten Konvexität, vorwiegend über den motorischen Regionen, mit tiefer roter Erweichung der Rinde, die teilweise auch die weiße Substanz mitbetraf. — Im Fall 3 erkrankte ein 4 Jahre altes Kind unter allgemeinen infektiösen Erscheinungen, die durch ihre langsame Entwicklung den Gedanken einer Tuberkulose nahelegten. 4 Tage nach der Aufnahme manifestierte sich eine Coxitis; 2 Tage darauf machten sich die Zeichen einer beginnenden tuberkulösen Meningitis geltend. Zusammen mit den ersten meningitischen Allgemeinsymptomen trat eine Schwäche des linken Oculomotorius und Facialis auf, die in 5 Tagen zu einer fast vollständigen Oculomotorius- und kompletten Facialislähmung wurden. 2 Tage darauf Exitus im Koma, ohne daß im Leben die geringsten Symptome von seiten der Extremitäten aufgetreten wären. Tuberkelbacillen im Lumbalpunktat und Tuberkel der Chorioidea sicherten intra vitam die klinische Diagnose der tuberkulösen Meningitis. Auf dem Sektionstisch tuberkulöse Meningitis. In der rechten Großhirnhemisphäre ein gut taubeneigroßer blutiger Erweichungsherd unter den beiden Parazentrallappen, der sich noch mit kleinen stecknadelkopfgroßen Blutungen in die graue Substanz der Lappen fortsetzte. In den Furchen dieses Bezirks war die Pia mit zahlreichen Tuberkeln besetzt. Die beiden Fälle beweisen also, daß Blutungen in und auf eine Hemisphäre bei tuberkulöser Meningitis vorkommen. Allen 3 Fällen ist gemeinsam, daß die Blutung einen Hirnteil betraf, dessen Pia mater schwer tuberkulös war. Klinisch bieten diese Blutungen entweder gar keine oder Symptome von Motilitätsstörungen. Die Fälle zeigen, daß man bei Lähmungen großer Nervengebiete im Verlauf der tuberkulösen Meningitis auch an corticale oder subcorticale Blutungen der motorischen Region als auslösende Veränderung denken muß. F.

Dr. **Paul Grosser** und Dr. **Georg Schaub** (Frankfurt a. M.): **Zur Pathologie des Morbus Banti.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Die Verfasser berichten über einen Fall von Bantischer Krankheit bei einem 10 jährigen Mädchen. Das Kind kränkelte seit etwa einem Jahre; es litt an Appetitlosigkeit; objektiv war nur eine wachsbleiche Gesichtsfarbe, ein großer Milztumor und erhebliche Verminderung der Erythrocytenzahl (1 860 000)

sowie des Hämoglobingehalts (ca. 30 pCt.) festzustellen. Für Lues der Eltern war kein Anhaltspunkt da; auch die Wassermannsche Reaktion bei dem Kind war negativ. Nach dem ganzen Symptomenkomplex mußte die Diagnose: Bantische Krankheit gestellt werden. 6 Wochen lang wurde das Kind zunächst im Krankenhause beobachtet; als keine Besserung eintrat, wurde die Milzexstirpation vorgenommen. Die Milz wog 450 g. Das Kind erholte sich nach der Operation sehr schnell; im Laufe von 7 Monaten nach der Operation nahm es um 4,2 kg zu; die Erythrocytenzahl stieg auf über 4 Millionen, der Hämoglobingehalt auf 78 pCt. Durch die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Milz wurde eine Fibroadenie festgestellt. Die Verfasser stellten auch einen Stoffwechselversuch mit dem Kinde vor und nach der Operation an. Es zeigte sich, daß auch vor der Operation kein Eiweißzerfall stattfand; nur war der Ansatz von Stickstoff, Phosphorsäure und Kalk in der ersten Periode geringer als in der zweiten, nach der Operation.

Dr. **R. Fried** (Ludwigshafen a. Rh.): **Toxische Erscheinungen nach wiederholten subkutanen Embarininjektionen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Verf. behandelte eine 36 jährige Frau wegen eines papulösen Syphilids (die Patientin war noch nicht vorbehandelt) mit Injektionen von Embarin (= merkurisalicylsulfonsaures Natrium mit 2½ pCt. Akoin). Die ersten 4 Injektionen wurden anstandslos vertragen. Nach der 5., 6. und 7. Injektion trat dann aber jedesmal eine heftige Reaktion ein: Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Brechreiz, Schluckschmerzen. Die Reaktion ging jedesmal nach 9—12 Stunden vorüber. Die Pause zwischen den einzelnen Injektionen betrug meist 2 Tage. Nach der 8. Injektion trat ein ganz schwerer Zustand mit Fieber bis 40°, Kollaps, Cyanose, Kopfschmerzen, Bewußtlosigkeit, Jarisch-Herxheimerscher Reaktion von skarlatiniformem Typus auf Brust, Vorderarm und Hand auf. Der Zustand dauerte im ganzen 10—12 Stunden, dann war alles wieder normal. Um eine Hg-Intoxikation konnte es sich nicht handeln; denn es fehlten Stomatitis, Darm- und Nierenreizung vollständig. Verf. glaubt, daß die Erscheinungen zur Klasse der Anaphylaxie gehören. R. L.

Chirurgie.

L. Wrede: Ueber Kalkablagerungen in der Umgebung des Schultergelenks und ihre Beziehungen zur Periarthritis scapulo-humeralis. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Die vielfach vertretene Ansicht, daß bei dem unter der Bezeichnung Periarthritis scapulo-humeralis oder Bursitis subacromialis geläufigen Krankheitsbilde Kalkmassen in der Wand und im Lumen des Bursa subacromialis sich ablagerten, hält W. auf Grund einer eingehenden Deutung des Röntgenbildes und nach seinen Operationsbefunden für unrichtig. Die Kalkansammlung findet nicht im Schleimbeutel statt, sondern in dem sehnigen Ansatz des M. supraspinatus. Eine überzeugende Deutung für das Auftreten der Kalkeinlagerungen kann heute noch nicht gegeben werden.

Adler (Berlin-Pankow).

Stabsarzt Dr. **Flath** (Königsberg i. Pr.): **Zur Kasuistik der subkutanen Leberruptur.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von subkutanen Leberverletzungen, welche auf operativem Wege geheilt wurden. Beide Fälle waren durch stumpfe Gewalt hervorgerufen worden. Der erste Patient kam 5 Stunden nach dem Unfall ins Krankenhaus; da die Symptome auf eine innere Bauchverletzung hindeuteten, wurde sofort die Laparotomie gemacht. In der Bauchhöhle fand sich eine große Menge teils flüssigen, teils geronnenen Blutes. Als Quelle der Blutung wurde mit einiger Mühe eine kleine Partie zertrümmerten Lebergewebes ermittelt, welches der hinteren Leberfläche, und zwar dem Lobus Spigelii, angehörte. Nach fester Tamponade der Rupturstelle mit Vioformgaze und Drainage der mit Kochsalz ausgespülten Bauchhöhle, wobei ein zweites Drain nach dem Douglas zu eingelegt wurde, wurde die Bauchhöhle geschlossen. Der weitere Verlauf war gut. Im zweiten Falle wurde der Verletzte 4 Stunden nach dem Unfall in das Krankenhaus gebracht. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand sich ein an der Vorderfläche quer durch die Leber verlaufender Riß als die Ursache der inneren Blutung. Der Riß verlief etwa zwei Finger breit oberhalb des Leberrandes in einer Ausdehnung von etwa 8 cm Länge. In der rechten Mammillarlinie war die Leberkapsel in Form eines Rechtecks (1:1½ cm) abgerissen; im übrigen fand sich nur ein glatter Spalt von etwa 2 cm Tiefe. Der Kapselriß wurde vernäht; an der Stelle, wo die Kapsel abgerissen war, gelang es, durch kräftiger angezogene Nähte die Kapselränder einander zu nähern und die Leberwunde zu überdecken. Die Blutung stand; die Nahtstelle wurde der Sicherheit wegen tamponiert und die Bauchhöhle drainiert; im übrigen wurde die Bauchwunde geschlossen. Auch in diesem Falle verlief die Heilung ohne Störung. R. L.

Privatdozent Dr. **Carl Franke,** Assistent d. chir. Klinik in Heidelberg: **Ueber die Sensibilität in der Bauchhöhle.** (Berl. klin. Wochenschr., 1912, No. 42.)

Es gelangen nach Verfassers Darlegungen in die Bauchhöhle spinale sensible Fasern, versorgen das parietale Peritoneum und dringen mit den Gefäßen bis in die Nähe der Organe vor. Diese selbst aber sind unempfindlich. Der Sympathicus besitzt von Haus aus keine sensiblen Fasern. Es liegt auf der Hand, daß unsere Kenntnis dieser Dinge mehr als rein wissenschaftliches Interesse haben muß. Sie gibt uns vielmehr wichtige diagnostische Fingerzeige, denn es wird uns verständlich, wie z. B. eine akute Appendicitis ohne wesentliche Schmerzen, besonders ohne erhebliche Druckempfindlichkeit, bestehen kann, wenn die Appendix in Darmschlingen und Netz liegt, ohne das parietale Peritoneum zu berühren, und wir werden uns deshalb vor der Ueberraschung durch Perforation und Peritonitis hüten müssen. Sie lehrt uns ferner, daß Leberabscesse ohne alle Schmerzen bestehen können, und wird uns zur Punktion ermutigen, wenn wir hoffen können, damit unsere Patienten zu retten. Sie macht es uns verständlich, wie die ersten Gallensteinanfälle oft die heftigsten sind, während später bei schwartiger Verdickung der Gallenblasenwand die Möglichkeit des Zuges und damit die Schmerzen geringer werden; sie macht uns verständlich, wie Tumoren im Darm ohne Schmerzen wachsen, so lange sie kein Passagehindernis bilden, und vieles andere mehr.

Diese Erkenntnis mußte uns auch die Wege weisen zur Vervollkommnung unserer Lokalanästhesie. Für das Abdomen gibt es da allerdings noch mancherlei Schwierigkeiten, aber für das kleine Becken hat sie uns schöne Erfolge gebracht, die nicht nur den Chirurgen, sondern vielleicht noch mehr den Gynäkologen wertvoll sein und auf diesem Gebiete möglicherweise die Narkose weit zurückdrängen werden. Kr.

Gynäkologie.

M. Penkert, Frauenarzt in Halle a. S.: **Rezidivierende menstruelle Vulvadiphtherie.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 3.)

Der Fall betrifft eine 43 jährige Frau. Es handelt sich hier um echte Diphtherie des Rachens und der Vulva, die im Anschluß an eine Erkältung vor mehr als drei Jahren entstand und zu den verschiedensten Verwechselungen in der Diagnose führte. Erst die bakteriologische Untersuchung brachte hier Aufklärung, nachdem Patientin lange Zeit als gonorrhoisch und luetisch infiziert gegolten und sich auch zum Teil aus diesem Grunde von ihrem Ehegatten hatte scheiden lassen. Besonders hervorzuheben ist, daß jedesmal kurz vor und während der Periode die Erscheinungen wieder aufflackerten und es zu Belägen im Hals und vor allem an der Vulva kam, also zu einer Zeit, wo eine stärkere Saftströmung in sämtlichen Organen der Frau sich bemerkbar macht. Besonders hervorzuheben ist ferner, daß die Heilung nach Injektion von Diphtherieserum und starker lokaler Behandlung mit Pyocyanase erfolgt ist. Erst dadurch ist es gelungen, die Dauerbacillen zur Abtötung zu bringen und die Patientin wieder vollkommen herzustellen.

Privatdozent Dr. **A. Bauereisen** (Kiel): **Ueber die Ausbreitungswege der postoperativen Infektion in den weiblichen Harnorganen.** (Zeitschr. f. gynäkol. Urologie, 1913, Bd. 4, No. 1.)

Stoeckel machte darauf aufmerksam, daß nach gewissen gynäkologischen Operationen, bei denen die Blase in mehr oder weniger ausgedehntem Maße durch Abschiebungen malträtiert wird, auch Spaltpilze von der wunden Außenfläche aus in die Blase einwandern können. Nach Stoeckel ist insbesondere die moderne Radikaloperation des Uteruscarcinoms durch Laparotomie eine die Cystitis direkt provozierende Operation. Die von Uterus und Scheide völlig abgelöste vulvarwärts unterminierte Blase bleibt nach Beendigung der Operation mit der restierenden großen Wundhöhle und mit der Scheide in dauerndem Kontakt und bietet der Durchwanderung von selbstverständlich an diesen Stellen stets vorhandenen Keimen die denkbar günstigsten Bedingungen. B. erschien diese Erklärung außerordentlich plausibel, da er bei seinen experimentellen Untersuchungen über die Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose beim Meerschweinchen in der Tat eine Einwanderung der Keime von außen nach innen mehrfach nachweisen konnte. Da aber bisher der strikte Beweis bei der postoperativen Cystitis noch nicht geliefert war, unternahm er es, die Harnorgane von operierten Frauen, die zur Sektion gekommen waren, mikroskopisch zu untersuchen. Im ganzen handelt es sich um 18 Fälle. Davon war in 15 Fällen die Freund-Wertheimsche Radikaloperation nach sehr radikalem Prinzip gemacht. Verf. kommt zu dem Resultat, daß es unter den 18 Fällen 10 mal zu einer intrakanalikulären Aszension von der Blase in die Ureteren und in das Nierenbecken kam. 6 mal ist eine Infektion der Niere auf hämatogenem Wege und 7 mal eine Infektion der fibrösen Nierenkapsel auf dem Wege der Lymphbahnen entlang der Ureteren anzunehmen. Die im Lumen der Blase vorhandenen Keime sind entweder durch den in der Rekonvaleszenz notwendig gewordenen Katheterismus

aus der keimreichen Urethra verschleppt worden oder sie sind durch spontane Aszension aus der Urethra in die Blase gelangt. Sie verursachen in der Regel eine Cystitis, deren Grad von der mechanischen Schädigung der Blase und der vorhandenen Paracystitis abhängig ist. Die Außenschicht der Blase ist häufig von einem bakterienreichen Infiltrationswall umgeben, der sehr selten von den Keimen durchbrochen wird. Bei besonders mächtig entwickelter Paracystitis gelingt es dem Infektionsgewebe schließlich, in die Mukosa zu dringen. Die Ureteren werden in ihren unteren abgelösten Abschnitten sowohl vom Lumen wie von der Adventitia aus infiziert. In das Lumen gelangen die Keime durch spontane Aszension von der Blase her. Eine Durchwanderung der Keime von außen nach dem Lumen zu ist sehr selten. Auch hier gelingt es nur einem besonders mächtig entwickelten Infiltrationswall, schließlich die Ureterwand zu durchsetzen und in das Lumen einzubrechen. Die Nieren werden von der Blase aus durch spontane intrakanalikuläre Aszension infiziert. Nicht selten findet eine hämatogene Infektion der Rinde statt, besonders, wenn es sich um eine Staphylokokkeninfektion der bindegewebigen Wundhöhle handelt. Die Nieren können aber auch auf dem Lymphwege im retroperitonealen Bindegewebe entlang den Ureteren infiziert werden. Die Keime bedingen eine primäre Peri- oder Paranephritis und können sekundär ins Nierenparenchym übertreten. Als häufigste Cystitiserreger sind Staphylokokken, Streptokokken und das Bacterium coli zu nennen.

Da die Keime in der Regel durch den Katheterismus in die Blase gelangen und hier infolge der bei der Operation erfolgten Läsion der Blase zur Cystitis führen, brauchte nur die Einführung des Katheters zur Vermeidung einer Cystitis unterlassen zu werden. Als erfolgreiches Mittel hatte Baisch seinerzeit die Injektion von 20 ccm einer 2 proz. Borglyzerinlösung in die volle Blase empfohlen. In einer Anzahl von Fällen hat das Mittel Erfolg; es gibt aber noch genügend Fälle, bei denen es versagt. Zu diesen gehören vor allen Dingen die Freund-Wertheimschen Operationsfälle. Auch Baisch hat das bereits betont und daher in solchen Fällen eine Spülung der Blase nach jedem Katheterismus empfohlen. Diese Spülungen sind gewiß imstande, eine Cystitis in Schranken zu halten, aber die Entstehung einer Cystitis vermögen sie nur selten zu verhüten. Bei den Carcinomfällen kommt noch die Infektion in den Außenschichten, die Paracystitis, in Betracht. Wenn die Keime auch nicht in der Regel in das Lumen hindurchwandern, so wird doch durch den entzündlichen Gewebswall eine fortwährende Reizung der Blase unterhalten und eine derartige Schädigung des Gewebes herbeigeführt, daß die Blase in ihrem Kampfe gegen die vom Lumen aus eindringenden Keime erlahmen muß. Zur Vermeidung der Cystitis nach der Freund-Wertheimschen Operation reichen sorgfältiger Katheterismus mit reichlichen Blasenspülungen in der Rekonvaleszenz nicht aus. Die Prophylaxe dieser schwersten aller postoperativen Cystitiden muß bereits bei der Operation geübt werden. Dazu gehören Vermeidung von Masseninfektion der großen bindegewebigen Wundhöhle, sorgfältige Technik bei der Versorgung des Wundgebietes durch Uebernähung der Blase, Einbettung der Ureteren und Verkleinerung der Wundhöhle. Die gleichen Maßnahmen sind es auch, die eine Infektion der Ureteren und der Nieren nach Möglichkeit verhindern werden. Gegenüber der Freund-Wertheimschen Operation spielen die übrigen gynäkologischen Operationen eine geringere Rolle. Hier genügt zur Verhütung einer postoperativen Cystitis möglichste Einschränkung des Katheterismus. Um den Katheterismus entbehrlich zu machen, sollen prophylaktische Injektionen von Borglyzerin gemacht werden; auch ein Versuch mit Pituglandol ist empfehlenswert. Bei den Blasen der nach Freund-Wertheim operierten Frauen kann der Katheterismus nicht entbehrt werden. Da bei der keimreichen Urethra, bei der schwergeschädigten Blase infolge von Trauma und Außeninfektion eine Cystitis fast mit Sicherheit zu erwarten ist, ist zu versuchen, durch Spülung nach jedem Katheterismus die Cystitis hintanzuhalten. Nach Verfassers Erfahrungen erreicht man die besten Erfolge, wenn eine solche Blase vom ersten Tage ab unter Collargol gesetzt wird. Die ausgedehnten Spülungen erübrigen sich dann. Die postoperative Cystitis leichteren Grades läßt sich ohne Schwierigkeit mit Erfolg therapeutisch beeinflussen, dagegen trotzen die schweren Cystitisfälle nach der Freund-Wertheimschen Operation oft lange Zeit jeder Therapie. Als das beste Hilfsmittel in solchen Fällen betrachtet Verf. die Applikation von Wärme. Vor allen Dingen muß die Wärme nicht nur vom Leib, sondern auch von der Scheide aus angewandt werden. Kr.

Ophthalmologie.

Dr. **Huntemüller** und Dr. **Paderstein** (Berlin): **Chlamydozoenbefunde bei Schwimmbadconjunctivitis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

P. beobachtete im Laufe der letzten 3 Jahre eine Reihe von Bindehautentzündungen, welche unter dem Bilde des „akuten Trachoms" verliefen und sämtlich Badewärter und Besucher einer bestimmten Volksbadeanstalt (Schwimmbad) betrafen. In der Mehrzahl der Fälle trat Heilung ein; in einigen Fällen aber blieben Veränderungen zurück, wie sie beim echten Trachom vorkommen (Verdickung der oberen Umschlagsfalte, „Ptosis trachomatosa"). H. untersuchte im Institut für Infektionskrankheiten einige der Fälle mikrobiologisch und kam zu nachstehenden Ergebnissen: Die Schwimmbadconjunctivitis ist eine infektiöse Erkrankung; sie läßt sich auf Affen übertragen. Es finden sich dabei typische Zelleinschlüsse, die den von Halberstädter und Prowazek bei Trachom gefundenen Chlamydozoen sehr ähnlich sind. Ob es sich hierbei um eine Erkrankung sui generis oder um ein echtes, wenn auch abgeschwächtes Trachom handelt, müssen weitere Untersuchungen entscheiden.

Privatdozent Dr. **W. Clausen** (Königsberg i. Pr.): **Aetiologische, experimentelle und therapeutische Beiträge zur Kenntnis der Keratitis interstitialis.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 83, H. 3.)

Verf. gibt in der umfangreichen Arbeit eine Bearbeitung des Themas auf Grund der in der Literatur sich findenden Arbeiten sowie seiner eigenen, von 1908 bis 1911 in der Augenklinik der Charité zu Berlin angestellten klinischen und experimentellen Untersuchungen. Seine wesentlichsten Ergebnisse sind folgende: Die Keratitis interstitialis beruht in etwa 90 pCt. der Fälle auf Lues, oder, wenn wir von vornherein einen Unterschied zwischen der Lues hereditaria und der Lues acquisita machen, in etwa 80 pCt. auf Lues hereditaria und bei etwa 10 pCt. auf Lues acquisita. Bei der Keratitis interstitialis fällt die Wassermannsche Reaktion in 80—85 pCt. der Fälle positiv aus. Als positive Reaktion hat nur die komplette Hemmung der Hämolyse zu gelten; inkomplette Hemmungen dürfen für die Diagnose nicht berücksichtigt werden. Die Wa.-R. ist nur als ein Hauptsymptom, doch nicht als das Symptom der Lues anzusehen. Ihr positiver Ausfall bei der Keratitis interstitialis bietet in ätiologischer Hinsicht nur einen erhärtenden differentialdiagnostischen Hinweis, rechtfertigt jedoch beim Fehlen sonstiger syphilitischer Symptome noch nicht die Diagnose einer Keratitis interstitialis syphilitica. Der positive Ausfall der Wa.-R. bei der Keratitis interstitialis auf hereditärluetischer Grundlage ist außerordentlich konstant und bleibt es sehr oft auch trotz energischster antiluetischer Behandlung, ganz im Gegensatz zur akquirierten Lues. Dieser hartnäckige positive Ausfall der Wa.-R. bei der Keratitis interstitialis e Lue hereditaria deutet nicht auf ein massenhaftes Vorkommen von Spirochäten im Körper hin, ist vielmehr auf im Blute kreisende parasyphilitische Noxen oder Toxine, die durch eine antiluetische Kur nur schwer beeinflußt werden können, zu beziehen. Die beim Kaninchen oder Affen durch Verimpfung syphilitischen Materials hervorgerufene primäre oder auch sekundäre metastatische Keratitis syphilitica kann mit der menschlichen Keratitis interstitialis nicht verglichen werden. Bei der menschlichen Keratitis interstitialis finden sich im Kammerwasser keine Spirochäten; auch ruft die Verimpfung des Kammerwassers auf Kaninchenaugen keine syphilitischen Veränderungen hervor. Bei der Keratitis interstitialis finden sich in der Cornea keine Spirochäten. Sie ist also keine echt luetische Erkrankung, sondern eine metasyphilitische, d. h. durch im Blut kreisende, von der früheren Lues herrührende Toxine oder Schädlichkeiten verursacht. Die in den Hornhäuten syphilitischer Föten und Neugeborener massenhaft nachgewiesenen Spirochäten sind ein für die Entstehung der Keratitis interstitialis belangloser Befund. Die Keratitis interstitialis entsteht als Folge einer allgemeinen Ernährungsstörung der Hornhaut, der eine Erkrankung des Randschlingennetzes, eine Peri- und Endovasculitis vorausgeht. In einer Anzahl Fälle von Keratitis interstitialis finden sich Lues und Tuberkulose vor. Im allgemeinen wird in solchen Fällen der Lues die Hauptrolle für die Entstehung der Keratitis interstitialis zuzusprechen sein. Nächst der Lues hat die Tuberkulose die größte Bedeutung in der Aetiologie der Keratitis interstitialis. Auch hier dürfte die Keratitis interstitialis nicht durch eine Einwanderung der Tuberkelbacillen, sondern als Folge einer Ernährungsstörung (durch Toxine) entstehen. In einigen wenigen Fällen kommen für die Aetiologie der Keratitis interstitialis einige Infektionskrankheiten sowie die Ernährung schwer schädigende Konstitutionsanomalien in Betracht, doch dürften dieselben im allgemeinen mehr Gelegenheitsursache als Grundursache sein. In ganz seltenen Fällen von Keratitis interstitialis bleibt die Aetiologie dunkel. Die Salvarsantherapie stellt keine spezifische Therapie der Keratitis interstitialis dar, ist ohne jeden Einfluß auf den Ablauf der Erkrankung und hat evtl. nur einen Einfluß im Sinne einer Arsentherapie. Bei der Behandlung der Keratitis interstitialis hat man in erster Linie für günstigere allgemeine Lebensbedingungen und damit einhergehende Kräftigung des Allgemeinzustandes zu sorgen. Die spezifische Kur, sei sie antiluetisch oder antituberkulös, kommt erst in zweiter Linie in Frage. Sind nach einer Keratitis interstitialis sehr dichte, die ganze Hornhaut einnehmende Narben zurückgeblieben, so ist zur Hebung des Sehvermögens der Versuch einer Keratoplastik zu unternehmen. R. L.

Albert Wittmer: Ein weiterer Fall von angeborener Hornhauttrübung. Aus der Universitäts-Augenklinik zu Straßburg. (Dissertation, Straßburg 1912.)

Fünf Wochen altes männliches Kind. Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß es sich wirklich um eine angeborene Affektion des rechten Auges handelt und daß nichts für eine artifizielle Entstehungsursache noch für eine Perforation von außen spricht. Der Verlauf der Geburt war ein normaler. Die Trübung wurde sofort nach der Geburt von der Hebamme bemerkt und am darauffolgenden Tage vom Arzt bestätigt. Nach dem klinischen Befund, der später durch den anatomischen bestätigt wurde, wurde eine leicht staphylomatöse Hornhauttrübung mit hämorrhagischer Durchsetzung an einem buphthalmischen Auge festgestellt. Dem ganzen Befund nach gehört der Fall zu den von Peters, v. Hippel, Mohr, Seefelder etc. beschriebenen angeborenen Hornhautaffektionen. Für die Peterssche Lehre, der Entwicklungsanomalie annimmt, spricht vor allem, daß neben der Hornhauttrübung auch noch andere Mißbildungen gleichzeitig am selben Auge vorhanden waren: es fehlt außer dem Schlemmschen Kanal auch die Descemetsche Membran und es liegt ein Buphthalmus wie auch ein Embryotoxon vor. F.

Prof. Dr. **F. Schieck** (Königsberg i. Pr.): **Die Bedeutung der Stauungspapille.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 1.)

Nach der von Verf. auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen aufgestellten Theorie entsteht die Stauungspapille durch Eindringen des Liquor cerebrospinalis in die präformierten perivaskulären Lymphräume des Axillarstranges im Opticus, und die das charakteristische Oedem der Sehnervenscheibe veranlassende Flüssigkeit ist entlang der Zentralgefäße vorwärtsdringender Liquor. Ursache dieser Erscheinung ist Ueberdruck des Liquor bei intrakranieller Drucksteigerung (Tumor cerebri, Meningitis etc.), oder Ueberdruck des Liquor bei lokaler Flüssigkeitsstauung in dem Zwischenscheidenraum des Opticus (Tumoren und entzündliche Prozesse der Orbita), oder anhaltende Druckherabsetzung im Bulbusinnern (nach Verletzungen des Auges) und Kollabieren der Gefäße im Axialstrang nach großen Blutverlusten. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Prof. Dr. **Hans Gudden** (München): **Adamon, ein Baldrianersatz in fester Form.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 4.)

Im Adamon besitzen wir nach Verf. ein durchaus unschädliches, wirksames Sedativum, den ersten brauchbaren Baldrianersatz in fester Form, der infolge seines indifferenten Geschmackes die Durchführung längerer Kuren ermöglicht, ohne den Magentraktus der Patienten in Mitleidenschaft zu ziehen. Zugute kommt dem Adamon noch der unverfängliche Name, der weder auf Brom noch Baldrian schließen läßt, ein Moment, das für die Behandlung solcher Patienten, die Brom- und Baldrianpräparate schon bis zum Ueberdrusse genossen haben und vom Arzt unbedingt ein neues Mittel ohne Nebenwirkungen fordern, nicht zu unterschätzen ist. Entsprechend dem Indikationsgebiet für Baldrianpräparate stellten Patienten mit allgemein nervösen Beschwerden, Neurastheniker und Hysterische, das Hauptkontingent für die Adamonprüfung. Weiterhin sah Verf. gute Erfolge von Adamon bei nervösen Herzbeschwerden aller Art, nervöser Tachykardie, Atemnot und nervösen Störungen der weiblichen Sexualfunktionen. Vor allem bewährte es sich für die Behandlung von Zwangsvorstellungen. Bei den meisten Patienten trat auf Adamon prompte Beruhigung, zum Teil völliges Sistieren der vorher starken Erregung und inneren Unruhe ein. Angst- und Schwindelgefühl ließen nach, es machte sich bei längerer Darreichung von Adamon allmählich eine so weitgehende Beruhigung bemerkbar, daß die Patienten wieder Nachtruhe fanden, ihrem Berufe nachgehen konnten. — Hinsichtlich der Dosierung hat Verf. festgestellt, daß die Verabreichung kleinerer Dosen zu 0,5 öfter hintereinander gegeben günstiger wirkt wie massive Dosen auf einmal. Verf. läßt für gewöhnlich drei- bis viermal am Tage eine Tablette jeweils nach den Mahlzeiten mit leichtem Tee oder heißer Limonade nehmen oder drei Tabletten auf einmal vor dem Schlafengehen. Eine ausgesprochen hypnotische Wirkung kommt dem Adamon nicht zu, in dieser Beziehung kann es mit dem Adalin oder Veronal nicht konkurrieren. Kr.

Dr. **E. Klausner** (Prag): **Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), einem molekular zerstäubten Quecksilber.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Verf. berichtet über therapeutische Versuche mit einem neuen, von Dr. E. Richter (Plauen) dargestellten Quecksilberpräparat „Kontraluesin". Es handelt sich dabei um eine Suspension von äußerst fein verteiltem metallischen Hg in einer wässerigen Lösung, welche außerdem Sozojodol-Chinin-Salicylverbindungen enthält. Zur Injektion braucht man eine 2 ccm fassende Injektionsspritze aus Glas ohne Metallteile; die Nadel muß 34 mm lang sein und ein Lumen von 0,9 mm haben. Spritze, Nadel und die das Präparat enthaltenden Ampullen dürfen niemals mit Wasser in Berührung gebracht werden. Die Ampullen enthalten 0,15 Hg in 1 ccm Suspensionsflüssigkeit; es wird in 5 tägigen Intervallen intramuskulär injiziert; bei den zwei letzten Injektionen nur noch 0,7 ccm aus der Ampulle. Verf. hat 50 Fälle in der Deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag mit Kontraluesin behandelt; darunter 10 Fälle von Primäraffekt, 37 Fälle im Sekundärstadium, 3 Fälle mit tertiären Krankheitserscheinungen. Auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen erklärt Verf. das Richtersche Kontraluesin für ein ausgezeichnetes Antilueticum, welches die luetischen Krankheitserscheinungen aller Stadien der Syphilis zur Abheilung bringt und wegen seiner bequemen, schmerzlosen und gefahrlosen Applikation zur Anwendung in der Syphilistherapie empfohlen werden kann.

Dr. **H. Hoehl** (München): **Zur Kenntnis der Neosalvarsanwirkung bei Keratitis parenchymatosa.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Rosenmeyer berichtete vor kurzem über einen Fall von Keratitis parenchymatosa, der nach seiner Ansicht durch Lokalbehandlung mit Neosalvarsan günstig beeinflußt wurde. Es wurde in diesem Falle zuerst Neosalvarsan in Substanz, dann in 2 proz. Lösung und schließlich in einer Lösung von 0,1 Neosalvarsan in öliger Atropinlösung angewendet. Wie Verf. nun aus der Münchener Universitätsaugenklinik berichtet, wurden dort 7 Fälle von Keratitis parenchymatosa (in allen Fällen war die Wassermannsche Reaktion positiv) 4 Wochen lang mit Einträufelung von Neosalvarsanlösung behandelt. Stets wurde eine frisch bereitete 2½ proz. Lösung benutzt, von der 2 mal am Tage 1—2 Tropfen eingeträufelt wurden. In 3 Fällen handelte es sich um frische Keratitis parenchymatosa; in den anderen 4 Fällen war der Prozeß schon im Rückgang begriffen. Bei diesen Fällen wurde nach Verf. in keinem Falle eine günstige Beeinflussung der Hornhauterkrankung bezw. Beschleunigung des Heilungsprozesses durch die lokale Behandlung mit Neosalvarsan nachweisbar.

Dr. **Heinrich Loeb** (Mannheim): **Heilung der Verrucae planae durch Salvarsan.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 4.)

Verf. hatte Gelegenheit, drei Fälle von Verrucae planae (juveniles) mit Salvarsan zu behandeln. Diese Affektion wurde schon früher mit Arsenpräparaten innerlich behandelt; diese Therapie versagte aber in einzelnen Fällen oder erforderte längere Dauer bis zur Heilung. Im ersten Falle (Juni 1910) verwendete Verf. noch die intraglutäale Injektion einer alkalischen Aufschwemmung von 0,26 Salvarsan. Es wurde Heilung erzielt, die jetzt noch besteht. Im zweiten Falle wurde 0,45 Salvarsan, alkalisch, intravenös appliziert. In diesem Falle wurde zwar deutliche Rückbildung hervorgerufen, aber kein völliges Verschwinden erreicht und ein baldiges Rezidiv nicht verhindert. Auf Solut. Fowleri trat dann Heilung ein. Im dritten Falle wurde Neosalvarsan intravenös (infolge eines Druckfehlers ist die Dosis nicht zu ersehen) injiziert und reaktionslos vertragen. Es trat darnach rasche Heilung der Verrucae planae im Gesicht ein; die vulgären Warzen, die der Patient außerdem an den Fingern hatte, wurden durch die Neosalvarsaninjektion nicht beeinflußt. R. L.

Dr. **E. Fuld** (Berlin): **Ueber eine neue medikamentöse Behandlung der Diarrhoe.** (Klinisch- therap. Wochenschrift, 1912, No. 46.)

Die Angaben zahlreicher Patienten, daß die diarrhoischen Entleerungen unmittelbar oder fast unmittelbar nach dem Essen sich einstellten, legten Verf. den Gedanken nahe, daß die Füllung des Magens Kontraktion des unteren Dickdarmabschnittes auslöst. Auch die normale morgendliche Stuhlentleerung wird dem Anschein nach hauptsächlich durch das erste Frühstück ausgelöst. Bei der Diarrhoe besteht nur eine Steigerung eines physiologischen Phänomens und es ergibt sich die Aufgabe des Arztes, die gastrointestinale Reaktion zur Norm zurückzuführen. Zu diesem Zwecke hat Fuld das Kokain herangezogen, welches sich bei jener Form der Hyperexzitabilität der Magenschleimhaut, welche die Grundlage des habituellen Erbrechens bildet, bewährt hat. Das Kokain wurde mit dem Codein kombiniert, welches die Erregbarkeit des Zentralnervensystems herabsetzt; die Kombination bewirkte niemals Obstipation. Es wurden Erwachsenen 10 Minuten vor den Hauptmahlzeiten 10 Tropfen einer 3 proz. Lösung von Cocainum hydrochloricum und 10 Tropfen einer Lösung von Codeinum phosphoricum in Aq. menthae gegeben. Bei Kindern wurden soviel Tropfen einer 1 proz. Lösung gegeben, als das Kind Jahre zählte. Selbst hartnäckige Diarrhöen, welche auf diätetische Behandlung nicht reagierten, schwanden oft nach der ersten Kokain-Codeindosis. Auch bei Diarrhoe im Gefolge von Anachlorhydrie und bei tuberkulöser Diarrhoe erwies sich die Behandlung mit Kokain und Codein als vortrefflich. Kr.

Privatdozent Dr. **Rud. Th. Jaschke** (Gießen): **Ueber die Verwendung des Narkophins in der Geburtshilfe.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 2.)

Verf. hält im allgemeinen die volle Schmerzlosigkeit und namentlich die mit dem Morphin-Skopolamindämmerschlaf verbundene Amnesie bei normalen Geburten nicht für erstrebenswert. Jedoch unter Umständen sieht er es als wünschenswert an, den Wehenschmerz zu mildern und besonders in Fällen sehr schmerzhafter Wehen oder sehr starker Reaktion der Frauen auf den Wehenschmerz Linderung zu schaffen. Er prüfte speziell das von Straub in die Therapie eingeführte Narkophin (Morphin-Narkotin-Mekonat) hinsichtlich seiner Verwendbarkeit für den genannten Zweck. Verwendet wurde die von der Firma C. F. Böhringer & Söhne (Mannheim-Waldhof) dargestellte Lösung in Ampullen zu 1 ccm (= 0,03 Narkophin). Es wurde nie mehr als 1 ccm der Lösung verwendet. In der weitaus größten Zahl der Fälle war der Verlauf darnach folgender: Bereits nach einer Viertelstunde überkommt die Frauen eine angenehme Schlaffheit, manchmal Schläfrigkeit; schon nach einer halben Stunde werden die Wehen weniger schmerzhaft und die Frauen geben keinerlei Schmerzlaute von sich. Die Wehen bleiben unverändert kräftig, sind aber deutlich weniger schmerzhaft; höchstens vorübergehend tritt manchmal eine geringe Abschwächung der Wehentätigkeit ein. Nachblutungen oder Störungen im Wochenbett von seiten des Darmes oder der Blase, Störungen der Milchsekretion kamen nicht zur Beobachtung. Auch sonstige unangenehme Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen fehlten; speziell kam keine Schädigung des Kindes vor. Das Narkophin kann daher zur Schmerzlinderung bei Geburten empfohlen werden. R. L.

Dr. med. **Bruno Künne**, 1. Assistent an der Berlin-Brandenburgischen Krüppelheil- und Erziehungsanstalt: **Das Phytin bei Krüppelleiden.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 6.)

Verfassers Nachprüfung des Phytins verdient ein besonderes Interesse wegen der eigentümlichen Natur der Krüppelkrankheiten. Handelt es sich doch bei diesen vorzugsweise um Affektionen des Skeletts und des Zentralnervensystems, also Erkrankungen, bei denen nach allgemeiner ärztlicher Anschauung der Phosphorstoffwechsel eine hervorragende Rolle spielt. Das Phytin wird als der Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanzen definiert. Es wird aus Pflanzensamen hergestellt, enthält 22 pCt. organisch gebundenen Phosphor und ist vollständig assimilierbar. Chemisch stellt es das saure Calcium-Magnesiumsalz der Phytinsäure dar, welches nach Gilbert und Lippmann, per os genommen, praktisch absolut ungiftig ist. Verfassers Versuche wurden an ca. 80 Patienten vorgenommen. Von diesen waren 23 Rachitiker, welche sich entweder noch im subakuten Stadium befanden, oder in ihrer Ernährung noch stark zurückgeblieben waren. Fünf Kinder litten an Tuberkulose der Extremitäten, teils mit, teils ohne Fisteln, sechs an Spondylitis tuberculosa; letztere befanden sich ebenfalls in mehr oder weniger elendem Allgemeinzustande. 15 Fälle betrafen Kinder mit Residuen der spinalen Kinderlähmung; die Mehrzahl von ihnen zeigte den bei diesem Leiden so häufigen schlaffen Habitus. Zwölf Patienten waren Littlekinder; bei weiteren sechs bestand cerebrale Hemiplegie. Ferner waren ausgewählt sieben Skoliosen und schlechte Haltungen, die entweder zur Rachitis in Beziehung standen oder mit allgemeiner Schwäche der Rückenmuskulatur oder des Bandapparates einhergingen. Schließlich wurde das Präparat angewandt bei drei Säuglingen, die mit angeborenen Verkrüppelungen behaftet waren, sowie bei drei Fällen von Muskeldystrophie. Die Form der Verabreichung war stets das Phytinum liquidum, und zwar wurde es in den für die einzelnen Lebensalter üblichen Dosen abgegeben. Was zunächst die rachitischen Kinder betrifft, so zeigte sich bei diesen Patienten fast immer eine rasche Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes. Das blasse pastöse Aussehen schwand unter der Beobachtung fast zusehends und machte einer gesunderen Farbe Platz. Ebenso fiel bei den tuberkulösen Kindern die vorteilhafte Wirkung auf den Appetit auf, der in einigen Fällen ganz darniederlag. Eine spezifische Wirkung auf den tuberkulösen Herd ließ sich indes nicht feststellen. Sehr interessante und augenfällige Wirkungen erzielte Verf. bei den Patienten mit spinaler Kinderlähmung, und zwar in erster Linie bei denjenigen Formen, welche mit einer über den Lähmungsbezirk oft weit hinausreichenden allgemeinen Erschlaffung der Gewebe einhergehen. Eine Anzahl dieser Kinder war wegen ihrer ausgedehnten Extremitätenlähmungen respektive wegen erst kürzlich vorgenommener operativer Eingriffe dauernd ans Bett gefesselt. Die erzwungene Bewegungslosigkeit, verbunden mit dem Einflusse trophoneurotischer Störungen, erzeugt bei diesen Patienten eine Trägheit der Zirkulation, welche ihrerseits wieder eine hochgradige körperliche und geistige Schlaffheit im Gefolge hat. Die Haut der Patienten zeigt ein mattes, welkes Aussehen; die peripheren Teile der Extremitäten sind oft blauviolett verfärbt und fühlen sich kalt und feucht an. Schon nach wenigen Wochen der Phytindarreichung sah Verf. in solchen Fällen eine ganz erhebliche Besserung der Zirkulation eintreten. Aber auch geistig legten die Kinder eine größere Frische und Regsamkeit an den Tag. Weniger günstig waren Verfassers Erfahrungen mit dem Präparate bei den mit spastischen Erscheinungen einhergehenden cerebralen Affektionen. Sowohl die Spasmen wie auch die unwillkürlichen Bewegungen und die Reflexsymptome blieben in unverminderter Stärke bestehen. Jedoch erfuhren auch diese Patienten die wohltätige Einwirkung des Mittels auf das allgemeine Befinden. Als ein vorzügliches Tonicum erwies sich auch das Phytin bei den Muskeldystrophikern, welche fast noch mehr als die Poliomyelitiker an Zirkulationsanomalien und mangelnder vitaler Gewebsenergie zu leiden haben. Auf den Krankheitsverlauf blieb es ohne jeden Einfluß.

Nachteile des Phytins für den Organismus hat Verf. niemals bemerkt.

Dr. med. **H. Friedemann**, Kinderarzt in Leipzig: **Ueber künstliche Steigerung der Frauenmilchsekretion.** (Wiener klin. Rundschau, 1913, No. 3.)

Von allen bisher näher geprüften diätetischen Präparaten, welche zur Förderung der Milchabsonderung empfohlen worden sind, kann man, soweit sie einen günstigen Einfluß erkennen lassen, behaupten, daß sie in erster Linie durch allgemeine Körperkräftigung indirekt auch auf die Sekretion der Brüste einwirken. Von der hierfür ebenfalls früher empfohlenen Somatose wissen wir, daß sie besonders anregend und kräftigend auf die Tätigkeit der Verdauungsdrüsen im Magen und Darm einwirkt und darum ganz vortreffliche Erfolge bei angegriffenen Stillenden mit geschwächten Verdauungsorganen aufweist. Selbstverständlich kann aber von all diesen Mitteln eine Wirkung nicht erwartet werden, wenn die Milchdrüsenkörper nur in schwacher Anlage vorhanden sind. Unter diesen Gesichtspunkten macht Verf. auf ein neues Präparat aufmerksam, welches soeben von den Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co., Leverkusen, Bez. Cöln a. Rh., unter dem Namen „Polylaktol" in den Handel gebracht wird. Es ist ein hellbraunes Pulver, welches sich in warmen Getränken (Milch) unschwer löst und dabei von angenehmem malzartigen Geschmack ist. Es besteht aus einer Kombination von Eisen-Somatose mit Malzpräparaten. Verf. hat das Präparat an ein Dutzend Personen verteilt. Als sicheres Ergebnis seiner Beobachtungen betont Verf., daß das Mittel fast ausnahmslos gern und gut genommen und gut vertragen wurde und, was die Hauptsache ist, daß von den meisten Müttern übereinstimmend behauptet wurde, daß beim Gebrauch des Polylaktols alsbald „die Milch in die Brüste einschießt". Verf. empfiehlt, das Polylaktol in ausgedehntem Maße nachzuprüfen, wenn irgend möglich, aber mit dem Mittel schon in den letzten Schwangerschaftsmonaten beginnen zu lassen. Als mittlere Dosis empfiehlt es sich, dreimal täglich einen gehäuften Kaffeelöffel in Milch oder sonstigem warmen Getränk gelöst zu verordnen. Kr.

Bakteriotherapie.

Stabsarzt Dr. **B. Möllers** (Berlin): **Die Grundsätze der heutigen Tuberkulinbehandlung.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 42.)

Die Grundzüge der heutigen Tuberkulinbehandlung lassen sich nach Verf. in folgenden Sätzen kurz zusammenfassen:

1. Die wirksamste und leistungsfähigste Behandlung der menschlichen Tuberkulose besteht in der Kombination der hygienisch-diätetischen Heilstättenkur mit der spezifischen Tuberkulinbehandlung.

2. Bei beginnenden Tuberkuloseformen läßt sich unter sorgfältiger Auswahl der Fälle die spezifische Behandlung auch in der ambulanten Praxis durchführen.

3. Das Charakteristische der heutigen Tuberkulinbehandlung ist die milde, einschleichende Methode, die allmählich unter möglichster Vermeidung von Reaktionen zu höheren Dosen ansteigt.

4. Für den endgültigen Heilerfolg ist weniger die Wahl des Tuberkulinpräparates als die Methodik seiner Anwendung ausschlaggebend.

5. Die Tuberkulinbehandlung soll nicht schematisch, sondern von Fall zu Fall streng individualisierend sein und gemäß dem jeweiligen Verlauf der Krankheit und dem Grade der Tuberkulinempfindlichkeit durchgeführt werden.

6. Die zweckmäßigste Form der Einverleibung des Tuberkulins ist die Einspritzung des Präparates unter die Haut.

7. Die Ausheilung der Tuberkulose erfolgt in der Regel nicht durch eine einzige Tuberkulinkur; es ist vielmehr dazu in vielen Fällen eine jahrelang öfter wiederholte Behandlung unter ständiger Beobachtung des Erkrankten notwendig.

8. Im Interesse einer wirksamen Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit darf die Tuberkulintherapie nicht ein spezialärztliches Reservat der Lungenheilstätten und Tuberkuloseärzte bleiben, sondern verdient in vollem Maße ein Allgemeingut der gesamten Aerzteschaft zu werden. Kr.

Dr. **Philipp Erlacher** (Graz): **Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoischer Prozesse des Mannes, mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvaccine Menzer.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der Vaccinebehandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. Er benutzte eine von Prof. Menzer hergestellte Original-Gonokokkenvaccine. Durchschnittlich wurde alle 4 Tage 0,5 ccm der Aufschwemmung (= 5 Millionen Gonokokken) injiziert; in einzelnen Fällen wurde die Einzeldosis gesteigert. Eine Reaktion am Ort der Einspritzung trat nicht ein, dagegen regelmäßig eine Herdreaktion. Sie bestand bei abgeschlossenen Prozessen meist in einer deutlichen Steigerung der Beschwerden, Vermehrung der Schmerzhaftigkeit und Schwellung. Nach Abklingen der Reaktion erfolgte auch immer eine Abnahme der Schwellung wie der Schmerzhaftigkeit. Die Urethritis reagierte regelmäßig mit stärkerem Ausfluß und reichlicherem Gonokokkenbefund. Unter 9 Fällen akuter gonorrhoischer Urethritis wurde in 4 Fällen vollständige Heilung unter gleichzeitiger Vaccine- und lokaler Behandlung in relativ kurzer Zeit (4 bis 18 Tagen) erzielt. Ferner kamen 3 Fälle von chronischer Gonorrhoe zur Behandlung; eine davon wurde in 38 Tagen restlos ausgeheilt. Gute Erfolge wurden u. a. bei zwei gonorrhoischen Arthritiden und 1 Epididymitis erzielt. Auch zu diagnostischen Zwecken wurde die Gonokokkenvaccine in einigen Fällen mit Erfolg benutzt, um latente gonorrhoische Prozesse aufzudecken. Die symptomatische Lokalbehandlung handhabt Verf. in folgender Weise: Jede akute Gonorrhoe, falls sie noch innerhalb der ersten Woche in Behandlung kommt, wird abortiert, d. h. es werden täglich 1 mal auf 10 Minuten 15 ccm einer frisch bereiteten 4 proz. Protargollösung, der als Analgeticum 5 proz. Antipyrin zugesetzt ist, in die Harnröhre gespritzt. Die Abortivinjektionen werden bis zum Verschwinden der Gonokokken fortgesetzt, aber nie länger als 8—10 Tage. Dann wird zur gewöhnlichen Silbertherapie übergegangen. Protargol ¼- bis ½ proz., Albargin 3 proz., 8—10 mal täglich. Jetzt ist auch die Vaccinetherapie zu beginnen, falls keine Gonokokken mehr vorhanden sind, zur Kontrolle, wenn noch geringes gonokokkenhaltiges Sekret da ist, als wirksames Adjuvans. Ist die Pars posterior mitbeteiligt, so werden tiefe Instillationen (bis zum Schließmuskel) von 3 proz. Albargin oder ½ proz. Protargol mittels des Guyonkatheters jeden zweiten Tag gemacht oder auch täglich. Inzwischen werden vom Patienten selbst Massenspülungen nach Janet mit Kal. permang. (1:4000) 6—8 mal täglich gemacht. Innerlich daneben die bekannten Balsamica. Nur bei stärkeren Reizerscheinungen wird von einer lokalen Behandlung abgesehen und allein die medikamentöse resp. Vaccinetherapie angewendet. R. L.

Chirurgische Therapie und Technik.

Prof. Dr. **H. Pässler**, dir. Arzt am Krankenhause Friedrichstadt in Dresden: **Radikale Tonsillektomie oder konservative Behandlung der chronischen Tonsillitis?** (Therap. Monatshefte, Januar 1913.)

Zusammenfassung:

1. Die chronische Tonsillitis ist nur ausnahmsweise eine harmlose Lokalerkrankung; in der Mehrzahl der Fälle führt sie nach kürzerer oder längerer Zeit zu erheblichen allgemeinen Gesundheitsschädigungen.

2. Die Beseitigung der chronischen Tonsillitis ist in den meisten Fällen die Vorbedingung für eine dauernde Heilung der von ihr abhängigen sekundären Krankheitszustände. Wo Heilung ausbleibt, ist nach dem Bestehen noch anderer chronischer Infektionszustände (Nebenhöhlen, Rachenmandel, Zähne) zu forschen.

3. Die einzige sichere Methode zur Heilung der chronischen Tonsillitis ist die Vornahme der radikalen Tonsillektomie. Weder die sogenannten konservativen, noch die verstümmelnden operativen Behandlungsmethoden lassen einen Erfolg mit nur einiger Sicherheit erwarten.

4. Kontraindikationen gegen die Vornahme der radikalen Tonsillektomie ergaben sich weder aus praktischen, noch aus theoretischen Gründen. Die technische Schwierigkeit der Operation wird meist überschätzt. Eine irgendwie erhebliche Gefahr wird durch die Operation erfahrungsgemäß nicht bedingt. Ungünstige Nachwirkungen sind bisher weder beobachtet worden, noch sind sie auf Grund unserer Kenntnisse von der Physiologie und Pathologie der Gaumentonsillen zu erwarten. Kr.

Dr. **H. Lucas** (Trier): **Zur Herzchirurgie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 4.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen er bei Herzverletzungen operierte und dadurch die Patienten am Leben erhielt. Im ersten Falle handelte es sich um ein 19 jähriges Mädchen, welches einen Stoß mit einem starfen Instrumente (Brieföffner) in die Herzgegend erhalten hatte. In fast pulslosem Zustande wurde die Verletzte 1¾ Stunden nach der Verletzung operiert. Das Herz wurde durch einen Lappenschnitt von der 4. bis 7. Rippe an der Knorpelknochengrenze freigelegt; nach Eröffnung des mit Blut prall gefüllten Herzbeutels fand sich ein 2 cm langer Schnitt am linken Ventrikel. Die Wunde wurde mit Seide (Knopfnähte) verschlossen. Es fand sich außerdem noch eine Verletzung der Pleura, welche aber verschlossen war und keine besondere Versorgung erforderte. Während der Operation, schon nach der Entfernung des Blutes aus dem Herzbeutel, hatten wieder Kontraktionen des Herzens eingesetzt, die nachher, besonders nach einigen Dosen Digalen, noch stärker wurden. Der Herzbeutel wurde bis auf eine kleine Oeffnung im unteren Wundwinkel mit Seide vernäht, dann zur Drainage ein Tupfer in die hintere Perikardhöhle geführt, endlich die Muskelhautwunde geschlossen. Dauer der Operation 18 Minuten. Nach 2 Tagen wurde an Stelle des Tupfers ein Glasdrain eingeführt. 1 Woche nach der Operation ½ Liter blutig-seröser Flüssigkeit aus dem Pleuraraum abgelassen. Nach 20 Tagen konnte die Patientin das Bett verlassen. Ein Jahr nach der Verletzung war die Verletzte imstande, ohne Beschwerden zu tanzen und Berge zu steigen. Der zweite Fall betraf einen 12 jährigen Knaben, der sich mit einem 7 mm-Revolver verletzt hatte. Das Herz wurde durch denselben Schnitt wie im vorigen Falle freigelegt und aus dem Herzbeutel große Mengen Blut entleert. An der Atrioventriculargrenze in der Gegend der Art. coronaria fand sich die Einschußöffnung, ein ¾ cm breites, rundes Loch, welches schnell durch eine Tabaksbeutelnaht geschlossen wurde. An der Rückwand des Herzens, im rechten Ventrikel, saß die zerfetzte Ausschußöffnung, aus der es stark blutete. Die Blutung wurde durch Kompression des Atrium venosum dextrum beherrscht und die Ausschußöffnung mit Knopfnähten verschlossen. Es wurde dann gesehen, daß der Schußkanal durch das Zwerchfell ging; die Kugel war in die Leber gegangen, wo sie noch steckt. Der Herzbeutel wurde mit Katgut genäht und nach Einlegen eines Drains die Wunde geschlossen. Dauer der Operation 8—10 Minuten. Der weitere Verlauf war gut, bis auf einen Ascites, der nach Wochen verschwand. Nach 4—5 Wochen wurde der Knabe entlassen; die Pulsfrequenz bei der Entlassung betrug 72; die Herztöne waren rein. — Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen, bei Verdacht von Verletzung des Herzens und auch nur des Herzbeutels in jedem Falle sofort zu operieren. In einem Falle von Herzbeutelverletzung, in welchem Verf. erst am 13. Tage zugezogen wurde und operierte, fand sich im Herzbeutel Eiter; der Patient erlag trotz Ablassen des Eiters allgemeiner Sepsis. R. L.

Privatdozent Dr. **Karl Henschen**, Oberarzt der chir. Klinik der Universität Zürich: **Dauerdrainage stagnierender Ascitesergüsse in das subkutane oder retroperitoneale Zellgewebe mit Hilfe von Gummi- oder Fischblasenkondoms.** (Zentralblatt f. Chirurgie, 1913, No. 2.)

Die bisherigen operativen Versuche, stagnierende, durch innere Mittel nicht der spontanen Aufsaugung zugeführte Ascitesergüsse subkutan oder in die Venenbahn abzuleiten, sind meist gescheitert. Die neuen Ableitungswege blieben nur vorübergehend offen. Bei einer exsudatreichen Carcinose des Bauchfells (primäres Carcinom am Magen) hat Verf. vorliegender Arbeit vor kurzem eine andere und wie ihm scheint aussichtsvollere Technik gewählt. Es handelte sich um einen 57 jährigen, sehr kachektischen Mann, bei welchem der carcinöse Ascites zu hoch gesteigerten Druckerscheinungen seitens der Lungen und des Herzens geführt und das Abdomen mächtig trommelförmig aufgetrieben hatte (Umfang 90 cm). Als Nebenbefund bestand ein großer, weitpfortiger und reponibler Schenkelbruch rechts. Der sehr reichliche Ascites wurde von einem kleinen tiefgelegten Schnitt am Außenrande des rechten Rectus abgelassen; das Netz war carcinös durchwuchert und zu einer kleinen, starren und dickwandigen Schürze zusammengeschnürt, das parietale und viscerale Bauchfell mit harten Carcinomknötchen besetzt. Nach Lambottes Vorgehen führte Verf. hier einen aus dicksten Seidenfäden geflochtenen Fadenzopf in die Bauchhöhle ein und leitete ihn unter eine nahe dem unteren Wundwinkel geschaffene subkutane Tasche. Weiter wurde zum selben Zwecke eines dauernden subkutanen Auslaufes späterhin sich bildender Neuansammlung der rechtsseitige krurale Bruchsack von einem lappenförmig aufpräparierten medialkonvexen Hautschnitt aus freigelegt, aus seiner Umgebung ausgehülst, am blinden Ende eröffnet, siphonähnlich nach außen oben umgeschlagen und seine Mündung ringförmig unter eine eigens geschaffene subkutane Hauttasche eingenäht. Es wurde dabei Sorge getragen, daß die Auslaufmündung ziemlich weitab von der Hautnaht zu liegen kam. Nach der Entleerung des Ascites betrug der Leibesumfang noch 83 cm, das Befinden war subjektiv wesentlich besser, der Auslauf durch das siphonartige Peritonealrohr funktionierte, wie das subkutane Oedem der Nachbarschaft bewies, wenigstens während einiger Tage. Indes schwand dieses umschriebene Drainageödem bald wieder, der Ascites sammelte sich aufs neue in bedrohlichem Maße, weil der gleichfalls carcinöse Bruchsack entweder verklebt oder abgeknickt war. Verf. entschloß sich darum 3 Wochen später zu einem nochmaligen Drainageversuch, diesmal in der linken Lendengegend. Etwas ober- und außerhalb des linken oberen

Darmbeindorns wurde die Haut in lateralkonvexer Halbellipse umschnitten, medialwärts taschenförmig unterminiert, Aponeurose und Muskeln an der medialen Basis dieses Lappens quer zu ihrem Verlauf durchtrennt und die Bauchwand so in etwa Fingerdicke durchtunneliert. Der verdickte Mündungsring eines der gewöhnlichen Kondomfingerlinge aus Gummi wurde nun in das geschlitzte Bauchfell ringförmig durch mehrere feine Seidenknopfnähte angesäumt, das Kondom durch den Muskeltunnel herausgeleitet, sein blindes Ende soweit abgeschnitten, daß er daumenbreit das Niveau der Externusaponeurose überragte und dieser äußere Mündungsring, ringförmig ausgeweitet, an die Externusaponeurose innerhalb der Hauttasche angenäht. Der Hautlappen wurde danach durch eine Serie subkutaner Katgut- und dichtgereihter Hautnähte wieder zurückgenäht. Als nächste Folge bildete sich ein ausgedehntes, nach hinten über die ganze Lende bis zur Rückenmitte reichendes Oedem der Haut; der Ascites hielt sich von nun an in mäßigen Grenzen; die Kompression der Lungen und des Herzens kehrte nicht wieder. Die Hautwunde blieb fistellos geschlossen, das Kondomrohr eingeheilt. Der Patient verließ bald danach die Klinik und entzog sich weiterer Kontrolle.

An Stelle des Gummikondons könnte mit Vorteil Fischblasenkondom verwendet werden, welcher leicht einheilt.

Eine fernere Möglichkeit wäre die, die beschriebene Kondomdrainage von einem kleinen lumbalen Flankenschnitte her auszuführen und den Ascites in das lockere retroperitoneale Zellgewebe abzuleiten. Kr.

G. Ekehorn: Zur Operationstechnik bei Operationen an den Nieren. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 2.)

Verf. weist darauf hin, daß es besonders bei mageren Personen nicht allzu schwer ist, bei Nierenoperationen unter Beibehaltung des gewöhnlichen Schrägschnittes ohne Durchschneidung der Muskulatur zum Ziel zu kommen. Das Auseinanderziehen der stumpf getrennten Muskelfasern durch breite Haken führe zu derselben Uebersicht und sei infolge des Wegfalls von Blutgefäßunterbindungen und Nähten technisch wesentlich einfacher. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Erich Wossidlo** (Berlin): **Kapseln für permanente Blasenfisteln und zur Nachbehandlung von Prostatektomierten.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 4.)

Mit den von Irving, Bätzner und anderen konstruierten Kapseln läßt sich nach den Erfahrungen des Verfassers kein guter Abschluß erzielen. Auch klagen die Patienten viel über den Druck des sehr tief gelegenen Ausflußrohres. Verf. störte ferner die Unmöglichkeit, die Kapseln auszukochen, und ihre relativ geringe Haltbarkeit. Auf diese Mängel führt W. auch die trotz Prophylaxe leicht auftretenden Ekzembildungen zurück im Verein mit den oft harten, aufliegenden Rändern der Apparate. Diesen Nachteilen suchte Verf. nach Möglichkeit bei den nach seinen Angaben von der Firma Louis und H. Loewenstein in Berlin hergestellten Urinalen abzuhelfen, mit denen er in den letzten drei Vierteljahren zufriedenstellende Ergebnisse erzielt hat. Das Grundprinzip der Apparate ist sehr einfach. Sie haben eine Metallkappe mit ausladenden Rändern, die nach unten eine ringsherumlaufende Rinne tragen. In diese Rinne wird mit einem festen Wulst ein auswechselbarer, aufblasbarer Gummiring eingefügt. Der Ablauf liegt oberhalb des Randes und ist länglich-oval gehalten und ermöglicht so, daß bei der Seitenlage ebenso gut wie bei der Rückenlage der Harn abfließt. Die Kapsel läßt sich kochen und der Ring ist leicht durch Einlegen in Lysoformlösung zu sterilisieren. Bei längerem Tragen wird auch hier der Gummiring allmählich schlecht. Es ist dann nur nötig, ihn zu ersetzen, während früher ein ganzer Apparat beschafft werden mußte. Kr.

G. Ekehorn: Zur operativen Behandlung großer Harnröhrendefekte. (Archiv. f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 2.)

An der Hand von drei Fällen teilt der Verf. ein neues Verfahren mit, durch das es gelingt, auch bei sehr großen Harnröhrendefekten die beiden Harnröhrenenden zum Zwecke der Naht einander zu nähern. Es wird ein Bogenschnitt vom hinteren Ende des Skrotums beiderseits nach oben und vorne bis zur Bauchhaut angelegt und der so entstandene Lappen von der Symphyse lospräpariert unter Durchschneidung des Ligamentum suspensorium penis. Nötigenfalls muß das untere Ende der Symphyse fortgenommen werden. Es läßt sich dann der ganze Lappen nebst Penis und Urethra sehr schön nach unten verlagern. Die Durchschneidung der Crura der Corpora cavernosa und der Aeste des N. pudendus kann allenfalls durch Modifikation der Schnittführung umgangen werden.

Adler (Berlin-Pankow).

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. März 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Demonstration einiger hämolytischer Versuche.

Herr **J. Morgenroth** demonstriert einige Versuche, die er gemeinsam mit Herrn E. Bieling im Anschluß an die Versuche von Forssman über die Entstehung hämolytischer Amboceptoren durch Immunisierung von Kaninchen mit Organemulsionen angestellt hat. Durch Immunisierung mit Organ- (speziell Nieren-)emulsionen der Maus werden hämolytische Amboceptoren für Ziegenblut gebildet, ebenso durch Immunisierung mit transplantiertem Mäusecarcinom (von Herrn Prof. C. Lewin zur Verfügung gestellt). Körperzellen und Tumorzellen zeigten also in diesen Versuchen eine Receptorengemeinschaft; ferner zeigt sich ein Weg, die Amboceptorimmunität gegenüber Tumoren zu studieren.

Tagesordnung:

Schluß der Diskussion über den Vortrag des Herrn Orth: Ueber die Bedeutung der Rinderbacillen für den Menschen.

Herr **Eckert:** Auf der Heubnerschen Klinik wurden Versuche vorgenommen, die darauf abzielen, dem Praktiker Methoden zur Mitbearbeitung dieser Frage an die Hand zu geben. Zu diesem Ende wurde die Pirquetsche Reaktion mit Perlsuchttuberkulin neben der bekannten kutanen Impfung von Menschentuberkulin hinzugezogen. Unter 189 Fällen reagierten 92 positiv, und zwar 70 auf beide Tuberkulinarten, und von den übrigen 22 12 nur auf bovines, 10 nur auf humanes Tuberkulin. Von 19 an Meningitis tuberculosa erkrankten Kindern speziell reagierten 14 simultan, 2 nur auf Perlsucht und 3 nur auf Menschentuberkulin. Diese Ergebnisse weichen von denen des Tierexperiments ab, wenn auch der Prozentsatz der nur auf Persuchttuberkulin reagierenden Fälle, 11, zufällig mit der von Orth erhaltenen Zahl übereinstimmt. Der direkte Nachweis des Bacillus bovinus in den auf Perlsuchttuberkulin positiv reagierenden Fällen ist noch nicht erbracht. Es ist zu hoffen, daß sich auch die Praktiker an diesen Untersuchungen beteiligen.

Herr **Westenhoeffer:** Die Statistiken aus exotischen Ländern sind mit Vorsicht zu verwerten. Auch in Südamerika ist die Perlsucht beim Rindvieh sehr verbreitet. Die Frage der wechselseitigen Uebertragbarkeit der Tuberkulose zwischen Mensch und Rind ist eigentlich schon seit Jahrzehnten durch die Versuche von Klebs, Chauveau, Orth u. a. in positivem Sinne entschieden, nur daß man damals nicht mit Bacillenkulturen arbeitete.

Herr **F. Klemperer:** Nach privater Miteilung des Dr. Ojarzun aus Santiago, der jahrelang in Chile als Prosektor tätig war, verläuft die Lungentuberkulose in Chile ganz wie bei uns; nach demselben Gewährsmanne ist zwar die Rindertuberkulose dort sehr häufig, spielt aber die Kuhmilch bei der Ernährung der Säuglinge eine minimale Rolle, so daß also auch nach den Erfahrungen in Chile der Rinderbacillus unmöglich für die menschliche Tuberkulose viel bedeuten kann.

Herr **N. Auerbach:** Die Verwaltungsbehörden halten die Tuberkulose des Rindviehs offenbar für weniger harmlos, als das kaiserliche Gesundheitsamt es tut, indem sie den Genuß der Milch von Kühen mit Eutertuberkulose unter allen Umständen verhindern wollen, wie aus den Ausführungsbestimmungen zum Viehseuchengesetz vom Dezember 1911 zu ersehen ist. In der Praxis wird oft sehr unvorsichtig mit dem Genuß roher Milch verfahren, wie sich aus dem Bericht des Vereins für Milchausschank ergibt; deshalb sind Behauptungen von der relativen Ungefährlichkeit perlsüchtigen Rindviehs für den Menschen aus dem Munde von Autoritäten nicht unbedenklich.

Herr **A. Weber:** Die menschliche Tuberkulose, falls sie von bovinen Bacillen herrührt, kann natürlich wieder auf das Rind übertragen werden, nicht aber die vom Typus humanus herrührende menschliche Tuberkulose. — Vor dem Genuß ungekochter Milch ist auch in den Druckschriften des kaiserlichen Gesundheitsamtes stets gewarnt worden.

Herr **Westenhoeffer** weist darauf hin, daß die Grundlagen der von Herrn F. Klemperer angeführten chilenischen Statistik unzuverlässig sind, und hält demgegenüber seine eigenen Ausführungen aufrecht.

Herr **Orth** geht in seinem Schlußwort auf die in der Diskussion gegen seinen Standpunkt gemachten Einwände ein und begründet noch einmal seinen Standpunkt, daß auch die Infektion mit dem Typus bovinus als Volkskrankheit anzusehen sei. Unter der Annahme, daß etwa 10 pCt. aller Säuglingsinfektionen durch den Typus bovinus hervorgerufen werde, berechnet er, daß mindestens 200000 Kinder in Deutschland mit dem Typus bovinus infiziert sind. Das genügt, um von einer Volkskrankheit zu sprechen. Die Uebertragung geschieht höchstwahrscheinlich durch die Milch. Weiter betont O., daß das kaiserliche Gesundheitsamt neuerdings auch die Bedeutung

der Rinderbacillen anerkennt, wie auch Robert Koch zuletzt seine Ansicht geändert und die Bekämpfung der bovinen Bacillen als sehr nützlich bezeichnet habe. Trotzdem vertreten noch jetzt Prof. Nietner, der Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, und der Leiter der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern Ministerialdirektor Kirchner in populären Aufsätzen die Ansicht von der Bedeutungslosigkeit der Rinderbacillen für den Menschen. Diese Ansicht bekämpft O. als irrig und schließt mit dem ceterum censeo: Kampf gegen die humanen, aber auch Kampf gegen die bovinen Bacillen.

Beziehungen der Helminthen und Acari zur Geschwulstätiologie.

Herr **E. Saul**: Anknüpfend an die kürzlich publizierten Arbeiten von Fiebiger weist Vortragender darauf hin, daß er bereits vor mehreren Jahren die toxischen und tumorerzeugenden Eigenschaften der Helminthen experimentell nachgewiesen habe. Er brachte Mäusen unter ihre Rückenhaut Cysticercus fasciolatus und erzeugte dadurch Tumoren, die von den pathologischen Anatomen teils als Fibrome, teils als Sarkome, teils als Granulationsgeschwülste erklärt wurden. Die Kalkkörper, die aus dem Leibe der Parasiten auswandern, sind als Tumorbildner anzusehen. Vortr. hält sie für Parasiteneier. Der abgestorbene Cysticercus veranlaßt keine Tumorbildung, also handelt es sich nicht um bloße Fremdkörperwirkung. Durch Helminthen wurden in den Versuchen immer nur Tumoren des Magen-Darmkanals, sowie der Harnblase hervorgerufen. Zum Schluß erläutert Vortr. seine Ausführungen durch Demonstrationen, in denen er u. a. auch seine früher gezeigten Fälle von Mammacarcinom mit Milben und Milbeneiern vorführt.

IX. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerzte-Vereins am 6. Februar 1913.

(Offizieller Bericht.)

Herr **Bendix**: **Zur Behandlung des chronischen Ekzems junger Kinder.**

Vortr. berichtet über Versuche mit 2 proz. Pellidol-Vaselinsalbe (Kalle & Co., Biebrich) beim chronischen Ekzem junger Kinder. Das Pellidol ist ein Abkömmling des bekannten Epithelisierungsmittels Scharlachrot. Es besteht aus Amidoazotoluol und zwei Azetylgruppen (Essigsäuregruppen). Es ist in Vaselin, Fetten und Oelen leicht löslich. Es bildet ein blaßrotgelbes Pulver, das keine Färbeeigenschaften besitzt. Verunreinigungen an Wäsche und Händen sind leicht und vollständig durch Waschen mit Seife zu entfernen.

Die Versuche sind zuerst in der Charlottenburger Säuglingsklinik bei sehr schweren chronischen Formen von Gesichts- und Kopfekzemen, die vorher monatelang erfolglos behandelt wurden, angestellt worden. Später wurden auch geeignete Fälle in der Bendixschen Poliklinik und Privatpraxisbehandlung ausgewählt. Darunter waren auch desceminierte, leichte und schwerere Formen. Die Resultate waren geradezu überraschende. Bei den krustösen Formen fielen die Borken nach 1—2 mal 24 Stunden ab, und innerhalb weniger Tage überhäuteten sich die wunden Stellen mit normaler Haut. Vollkommene Heilungen wurden im Verlaufe von 3 Tagen bis 3 Wochen beobachtet. Nässende Ekzeme trockneten, schuppende verloren die Neigung zur Schuppung. Bei allen Formen ließ der unangenehme Juckreiz sehr bald nach. Bisher sind sehr schwere Fälle 3 Monate ohne Rezidiv geblieben. (Belege durch gemalte Bilder vor und nach der Behandlung.

Die Pellidolsalbe wird messerrückendick auf hydrophilen Mull (mehrere Lagen übereinander gelegt) aufgestrichen, und hiermit werden die erkrankten Stellen verbunden. Bei Gesichts- und Kopfekzem bedient man sich einer für das Gesicht zugeschnittenen Gesichtsmaske (Demonstration). Zur Vermeidung von Kratzeffekten werden die Vorderarme in eine Pappmanschette einbandagiert (Demonstration).

Neben der örtlichen Behandlung des Ekzems junger Kinder, das in sehr vielen Fällen eine „exsudative Diathese" zur Grundlage hat, tritt Vortr. entschieden für diätetische Maßnahmen ein. Wenn er auch bisher von „spezifischen" Kuren, ob molkenarme, fett- und eiweißreiche, ob molkeneiweißreiche, aber fettarme Kost verabreicht wird, nur wenige Dauererfolge gesehen hat, so vertritt er doch den grundsätzlichen Standpunkt, eine Regelung der Ernährungsvorschriften unter allen Umständen neben der lokalen Behandlung gleichzeitig vorzunehmen. Ganz besonders wichtig ist die Kontrolle und Regelung der Ernährung bei Ernährungsstörungen, ferner bei überernährten sowie bei unterernährten Säuglingen. Erstere sind durch knappe bezw. fettarme Kost im Gewichtsanstieg zu hemmen, bei letzteren ist der Versuch zu machen, durch zweckmäßige Ernährung den Allgemeinzustand und das Gewicht zu verbessern.

Vortr. sieht natürlich im Pellidol nicht das Mittel, das unbedingt in jedem Falle von chronischem Ekzem helfen muß. Die von ihm gesehenen Erfolge sind aber so überraschend glänzend und andauernd, daß er die Salbe dem praktischen Arzte, für den in der allgemeinen Praxis die Ekzembehandlung meist eine schwierige und undankbare Aufgabe ist, dringend zum Versuch empfehlen kann.

Herren **Ury** und **Karplus**: **Ein Fall von doppelter Stenose des Magens.** (Erscheint als Originalarbeit in No. 15 dieser Zeitschrift in extenso.)

Herr **Erwin Franck**: **Vorstellung eines Falles aus der Unfallbegutachtung.**

Ein 25 jähriger Mann hatte sich gelegentlich der Betriebsarbeit — Ausbesserung eines Fahrstuhls — eine Quetschung der rechten Gesichtshälfte mit Bruch des rechten Ober- und Unterkiefers, sowie völliger Abflachung der Nase zugezogen. Als Folge verblieb trotz Einpflanzung eines künstlichen Nasengerüstes eine hochgradige sichtbare Entstellung, Erschwernis des Kauaktes und mittelgradige Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr. Nachdem das Heilverfahren, welches nahezu ein Jahr dauerte, abgeschlossen war, wurde dem Verletzten seitens der zuständigen Berufsgenossenschaft eine Teilrente von 30 pCt. zuerkannt, die das O.-V.-A. auf 50 pCt., das R.-V.-A. auf 70 pCt. erhöhte. Besonderes Interesse bietet der Fall dadurch, daß weniger eine tatsächliche Arbeitsbehinderung dabei in Frage kommt, als vielmehr eine Minderung der Angebotsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt infolge der äußerlichen Entstellung, verbunden mit der Notwendigkeit, erhebliche Ausgaben auf die Ernährung zu verwenden, indem halbwegs harte Speisen bei der Verstellung der Kiefer zueinander nicht richtig zerkleinert werden konnten. Da die angeführten Unfallfolgen in ihrer prozentualen Bemessung dem individuellen Ermessen des Gutachters einen weiten Spielraum lassen, so erklärt sich daraus die Verschiedenheit der ersten Beurteilung, die von 30 bis 70 pCt. auseinanderging. Hierin liegt aber für den Gutachter die Schwierigkeit des Falles, der genaue Kenntnis der Rechtsprechung des R.-V.-A. bei derartig Verletzten voraussetzt. Jetzt, 5 Jahre nach dem Unfall, wurde die Rente durch das O.-V.-A. auf 50 pCt. herabgesetzt, wogegen der Verletzte wie die Berufsgenossenschaft keinen Widerspruch erhoben haben.

Herr **Max Levy**: **Zur Pathologie und Diagnostik des Schwindels.**

Der Schwindel ist ein Symptom von sehr unbestimmter Natur. Anämie, Neurasthenie, Magenaffektionen, Tabes rufen Klagen über Schwindel hervor. Gemeinsam ist allen so heterogenen Affektionen nur die Gleichgewichtsstörung. Trotzdem begegnet die Diagnose der Grundkrankheit oft großen Schwierigkeiten. Das Rombergsche Symptom ist oft unsicher und außerdem willkürlich von Simulanten hervorzurufen. Um so wertvoller ist eine Prüfungsmethode, die bei einer Kategorie des Schwindels, dem Bogengangsschwindel, objektive Resultate erzielt. Die drei Bogengänge sind Kanäle, die in drei zueinander senkrechten Ebenen angeordnet sind. Jeder von ihnen trägt an einer ausgebauchten Stelle der Innenwand ein Sinnesorgan in Gestalt eines kegelförmigen, mit Sinneshaaren besetzten Auswuchses. Der ganze Innenraum ist mit einer wasserklaren Flüssigkeit ausgefüllt. Wird der Kopf in der Ebene eines der Bogengänge gedreht, so bleibt die Endolymphe etwas in der Bewegung zurück und bewirkt dadurch eine Abbiegung der starren Sinneshaare. Diese Stellungsveränderung stellt den spezifischen Sinnesreiz dar. Derselbe wird vom Vestibularnerven nach dem Zentrum im Kleinhirn übertragen. Erreicht der Drehungsreiz eine gewisse Stärke, so entsteht reflektorisch Nystagmus. Dasselbe läßt sich nun, wie Barany festgestellt hat, statt durch Drehung durch Ausspülung mit Wasser unter oder über Körpertemperatur hervorrufen. Beim gesunden Ohr entsteht im ersteren Falle Nystagmus zur nicht ausgespülten Seite hin, im letzteren zur ausgespülten Seite. Der physiologische Vorgang ist derselbe wie bei Drehung. Nur wird hier durch die Temperaturdifferenz der einzelnen Flüssigkeitsschichten eine Endolymphbewegung erzeugt. Vortragender demonstriert am Patienten die sehr einfache Methode. Bei Bogengangserkrankungen fällt die Reaktion oft schwächer oder negativ aus. Während des Nystagmus weicht die ausgestreckte Hand nach der ausgespreizten Seite ab (Zeigeversuch). Bei Kleinhirnerkrankungen kann gelegentlich diese Reaktion fehlen.

Herr **E. Jacobsohn** demonstriert Projektionsröntgenbilder der **Arthritis urica.** Die Gicht bewirkt bei nicht ganz frischen Fällen zuweilen pathognomische Veränderungen im Röntgenogramm, und zwar sowohl Gelenk- als auch Knochenveränderungen. Die ersteren dokumentieren sich als rundliche, ovale, z. T. halbkreisförmige, gleichsam wie mit einem Locheisen ausgestanzte Defekte; die letzteren können exogenen oder endogenen Ursprungs sein. Die exogene Entstehungsweise erklärt sich durch den mechanischen Druck der Tophi und bewirkt Knochendefekte von muldenförmigem Aussehen; die endogene besteht in der Ablagerung von harnsauren Salzen und konsekutiver Knochenzerstörung in der Knochen- und Marksubstanz. Dabei kommt es zu eigentümlich aussehenden Herddefekten, deren Inneres zuweilen von restierenden Knochenbälkchen durchzogen ist und deren Peripherie oft einen dichteren Knochenwall zeigt.

Die Röntgenographie gichtischer Gelenke ist wertvoll für die Erkenntnis, wie weit das Gelenkleiden vorgeschritten ist, und kann, wenn auch nicht in vielen Fällen, geradezu für die Differentialdiagnose zwischen Gicht und chronischem Gelenkrheumatismus verwertet werden.

Herr **Wiszwianski: Ueber einige neuere Ischiassymptome.** Nach einer kurzen Einleitung, in der Vortr. einige allgemeine Winke zur Ischiasdiagnose aufzählt, wendet er sich zu den neueren Ischiassymptomen, die er nur deshalb einer kritischen Würdigung unterzieht, weil sie in die Literatur Eingang gefunden haben. Es sind dies:

1. das Garasche Abdominaldrucksymptom. Wenn der Kranke auf dem Rücken liegt und man drückt fingerbreit unterhalb des Nabels, zweifingerbreit nach der kranken Seite zu senkrecht gegen die Wirbelsäule, so empfindet der Kranke einen sehr unangenehmen Schmerz.

2. Das Feuersteinsche Zeichen. Patient steht auf dem kranken Bein, hält sich fest und macht bei gestrecktem Knie rasch Hüftbeugung im gesunden Bein, dann empfindet er Schmerz im kranken Bein.

3. Das Bonnetsche Merkmal. Bei der Adduktion des erkrankten Beines zeigen sich Schmerzen an der Austrittsstelle des Nervenstranges.

Zum Schlusse stellt Vortr. fest, daß keine Ischias auf Grund solch wandelbarer Nebensymptome diagnostiziert werden dürfe. In der Regel könne man mit dem bekannten Laseguesehen Phänomen auskommen, dem zwar eine größere, aber keineswegs ausschlaggebende Bedeutung zugesprochen werden dürfe.

Herr **J. Heller** demonstriert einen 9jährigen Knaben mit **postimpetiginöser Alopecie.** Auf dem Scheitel des Kindes sind zwei runde, völlig der Alopecia areata gleichende Herde vorhanden; nur am Rande des einen kahlen Fleckes sieht man noch Reste eines entzündlichen, leicht abhebbare Schorfe hervorrufenden Prozesses. Die Anamnese ergab, daß eine Schwester des Knaben an einem schnell sich verbreitenden Gesichtsausschlag gelitten hat; der Knabe selbst ist frei von anderen Hauterkrankungen gewesen. Vortr. erörtert die diagnostische und prognostische Bedeutung des Falles, insbesondere die Abgrenzung gegen Alopecia areata, Mikrosporie, Favus, Folliculitis decalvans. Er hebt hervor, daß die Verkennung der harmlosen, meist schnell heilenden Affektion zu Beunruhigung der Oeffentlichkeit (ansteckende Haarkrankheit) Veranlassung gegeben habe. Auf eine diesbezügliche Frage des Herrn B. Bendix entgegnet Vortr., daß eine Ansteckungsfähigkeit der postimpetiginösen Alopecie nicht in Frage kommt, weil die Erkrankung erst in einem Stadium zur Kenntnis des Arztes kommt (Haarausfall nach Abheilung des impetiginösen Prozesses), in dem auch theoretisch eine Uebertragung auf andere wenig wahrscheinlich ist.

IV. Bücherschau.

Die Entwicklung des Menschen. Von Prof. Dr. **H. Poll.** Mit 12 Abbildungen. Leipzig, Theod. Thomas' Verlag. 92 S. 1 M., geb. 1,60 M.

In der vorliegenden Veröffentlichung bietet der um die Popularisierung naturwissenschaftlicher Kenntnisse verdiente Verlag eine für weitere Kreise bestimmte, allgemeinverständliche Darstellung der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Aus der Feder eines bekannten Biologen und Anatomen stammend, ist diese Schilderung der Entwicklungsvorgänge des menschlichen Körpers vom wissenschaftlichen Standpunkt durchaus einwandfrei. Genügend verständlich allerdings wird die Darstellung wohl nur Lesern sein, welche über gute Vorkenntnisse auf dem Gebiete der beschreibenden Naturwissenschaften verfügen. Von Studierenden der Medizin und Aerzten wird die Schrift als Einführung resp. Repetitorium der menschlichen Embryologie vielleicht auch gebraucht werden können.

Der Morphinismus und seine Behandlung. Von Dr. **C. Bertololy,** dirig. Arzt der Morphiumentziehungsanstalt, Straßburg i. E. Straßburg i. E. 1913, Verlagsbuchhandlung Johann Scherz. 153 S. 4 M.

Ueber den Morphinismus, sein Wesen und seine Behandlung haben die Mehrzahl der Kollegen wenig Gelegenheit, während ihrer Studienzeit etwas Genaueres zu erfahren; und wer nicht später als Arzt in Heilanstalten in die Lage kommt, der Sache praktisch näherzutreten, der ist darauf angewiesen, seine Kenntnisse über den Morphinismus und alles, was damit zusammenhängt, durch literarisches Studium zu ergänzen. Das vorliegende Buch dürfte im allgemeinen für diese Zwecke zu empfehlen sein. Der Verfasser kennt offenbar die Praxis der Entziehungskuren aus langjähriger Erfahrung, und das Buch genügt daher, soweit rein praktische Gesichtspunkte in Betracht kommen, den Ansprüchen, die man an ein solches Werk stellen kann. Weniger befriedigen die theoretischen Kapitel des Buches; hier treten oft unklare Hypothesen an die Stelle wissenschaftlicher Erklärung. Man kann daraus dem Verfasser allerdings keinen schweren Vorwurf machen, da die Zahl der wissenschaftlichen Vorarbeiten auf diesem Gebiete, auf die er sich stützen konnte, recht gering ist. Dagegen wären die zahlreichen störend wirkenden orthographischen Versehen und Druckfehler wohl zu vermeiden gewesen.

Verhandlungen der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte auf der 7. Versammlung zu Hamburg am 2. und 5. Juni 1912. Unter Redaktion des Schriftführers Dr. O. Plischinger (Lohr). Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 317 S. 8 M.

Die Verhandlungen der Lungenheilanstaltsärzte geben ein interessantes Bild nicht nur über die praktischen Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung, sondern noch mehr über die zahlreichen, ungelösten theoretischen Probleme, welche im Zusammenhang mit dem Ausbau der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose stehen. So finden wir auch in dem vorliegenden Bande neben Vorträgen mehr praktischen Inhalts eine Reihe von Aufsätzen theoretischen Charakters, welche Bericht über moderne theoretische Tuberkuloseforschungen erstatten. Gemäß dem Orte der letzten Tagung sind hier besonders Hamburger Forscher vertreten. Much berichtet über die Hodgkinsche Krankheit und ihre Beziehungen zur Tuberkulose, ferner über seine Immunitätsstudien bei Tuberkulose; demselben Gebiet gehören Arbeiten von Altstaedt und Deycke an. Von sonstigen Aufsätzen von aktuellem Interesse seien erwähnt der von Koch: Künstlicher und spontaner Pneumothorax; von Brauer: Die Behandlung der chronischen Bronchiektasien und der chronischen Lungeneiterungen überhaupt; Weicker: Versuche mit Zeuners Natrium oleinicum-Präparat bei Tuberkulösen; v. Holten: Die Wirkung des Tuberkulols. Vorausgeschickt ist den Verhandlungen ein Nachruf auf den im September v. J. verstorbenen San.-Rat Dr. Nahm, den Begründer der ersten Deutschen Volks-Lungenheilstätte Ruppertshain, dessen Bild dem Bande beigegeben ist.

Taschenbuch pharmazeutischer Spezialitäten (Original- und Kassenpackungen). Zusammengestellt im Auftrage der ärztlichen Lokalkommission Oldenburg. Von Dr. med. **Hügel,** prakt. Arzt. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 199 S. 2,80 M.

Bei der immer steigenden Zahl von älteren und neuen Arzneimitteln und Nährpräparaten, die in Original- und Krankenkassenpackungen und in Form von Spezialitäten auf den Markt gebracht werden, ist es für keinen Arzt mehr möglich, die Zusammensetzung, den Preis und die Größe der Originalpackungen für alle diese Dinge auswendig zu wissen. Uebersichtliche Zusammenstellungen sind notwendig, die es ermöglichen, sich in der Praxis nötigenfalls über das eine oder das andere zu informieren. Zum Teil genügen diesem Bedürfnis die bekannten Medizinalkalender und Rezepttaschenbücher, z. B. der von der Redaktion dieser Zeitung alljährlich herausgegebene; da aber absolute Vollständigkeit dort nicht möglich ist, so werden ergänzende Zusammenstellungen pharmazeutischer Spezialitäten manchem Kollegen erwünscht sein. Eine solche wird in dem vorliegenden Buche geboten. Der Verfasser bringt darin ein alphabetisch gesondertes Verzeichnis fast aller bekannteren Originalpackungen, mit Ausnahme von Geheimmitteln, nach Indikationsgruppen geordnet. Ueberall ist die Zusammensetzung des Mittels, Inhalt und Preis der verschiedenen Packungen und die Gebrauchsanweisung angegeben. Als Hilfsmittel in der Praxis kann das Buch, welches sich zudem durch das bequeme Taschenbuchformat und den verhältnismäßig billigen Preis auszeichnet, wohl empfohlen werden. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Paris. Die **Medizinstudierenden** sämtlicher medizinischen Fakultäten Frankreichs hielten in der vorigen Woche einen **Kongreß** ab, der den Beschluß faßte, daß zum Wettbewerb um die Hilfsarztstellen an den öffentlichen Krankenhäusern künftig Ausländer nicht zugelassen werden sollen. Ausnahmen sollen nur an einzelnen Orten mit sehr zahlreicher ausländischer Bevölkerung zugunsten von Angehörigen der Nachbarvölker gemacht werden, die den größten Teil dieser fremden Arbeiter liefern. Die Regierung wird voraussichtlich dem Wunsche des Kongresses Folge geben. („Voss. Ztg.")

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Privatdozenten der Neurologie Dr. Edmund Forster ist der Professortitel verliehen worden.

— Dr. O. Vogt, Vorsteher des Neurobiologischen Instituts der Universität, und Dr. Max Bielschowsky, Assistent dieses Instituts, haben den Professortitel erhalten.

Königsberg i. Pr. Der Ordinarius der pathologischen Anatomie an der Universität Basel Prof. Dr. Ernst Hedinger ist als Nachfolger des nach Breslau übergesiedelten Prof. Henke an die hiesige Universität berufen worden.

— Dem Privatdozenten der Anatomie Dr. Paul Bartels ist der Professortitel verliehen worden.

Marburg. Prof. Dr. Leonhard Jores, Direktor des Pathologischen Instituts der Akademie für praktische Medizin in Cöln, ist zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie an der hiesigen Universität ernannt worden.

Rostock. Für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie haben sich habilitiert die Herren Dr. R. Hanser und Dr. Br. Wolff. Letzterer ist vorher eine Reihe von Jahren in Berlin als Frauenarzt tätig gewesen.

Leipzig. Der außerordentliche Professor der Chirurgie Geh. Medizinalrat Dr. Tillmanns ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Dr. Ebstein ist zum Oberarzt der medizinischen Universitätsklinik ernannt worden.

Würzburg. Dr. Köllner, bisher Assistent an der Berliner Universitäts-Augenklinik, ist zum Oberarzt der hiesigen Universitäts-Augenklinik ernannt worden.

Memmingen. Im Alter von 82 Jahren starb hierselbst der Landgerichtsarzt a. D. Medizinalrat Dr. J. Chr. Huber, der sich durch seine gediegenen Arbeiten auf dem Gebiete der klinischen Helminthologie und Entomologie sowie durch seine Beiträge zur Geschichte der Medizin ein dauerndes Gedenken gesichert hat. 1894 hat er mit Dr. Lüneburg eine deutsche Bearbeitung des Soranus von Ephesus herausgegeben.

Heidelberg. Das neue **Institut für Radiumforschung**, das unter Leitung des Professors der Physik Dr. Ph. Lenard steht, ist vor kurzem in Betrieb genommen worden. Die feierliche Einweihung wird am 1. Mai erfolgen.

Straßburg i. E. Der Privatdozent der physiologischen Chemie Dr. Karl Spiro ist zum Honorarprofessor ernannt worden.

Wien. Der bisherige außerordentliche Professor der Laryngologie und Rhinologie Hofrat Prof. ord. tit. Dr. Ottokar Chiari ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der Privatdozent der orthopädischen Chirurgie Dr. Max Reiner ist im Alter von 49 Jahren gestorben.

Graz. Der bisherige außerordentliche Professor der Ohrenheilkunde Prof. ord. tit. Dr. Johann Habermann ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Prof. Dr. Hermann Pfeiffer, bisher Extraordinarius der gerichtlichen Medizin, ist zum außerordentlichen Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie ernannt worden.

Lemberg. Der bisherige außerordentliche Professor der Laryngologie und Ohrenheilkunde Prof. ord. tit. Dr. Anton Jurasz ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

Budapest. Der Privatdozent der Ohrenheilkunde Dr. Geza Krepuska ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Kolozsvár (Klausenburg). Der außerordentliche Professor der Biologie Dr. Elemer Veress ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

New York. Dr. J. S. Billings, der sich als langjähriger Mitherausgeber des „Index Catalogue" um die medizinische Bibliographie große Verdienste erworben hat, ist im Alter von 74 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Im Anschluß an die Jahresversammlung des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins findet am 26. April im Ministerium des Innern eine **Versammlung der Regierungs- und Medizinalräte** statt, in der die Themen: 1. Ausführungsbestimmungen zu §§ 122, 123 der Reichsversicherungsordnung, 2. die Zentralisation der Wohlfahrtspflege in den Kreisen zur Besprechung gelangen.

— Die vor kurzem gegründete **Vereinigung deutscher Krankenhausärzte** hielt in der vorigen Woche in Berlin eine Sitzung ab, in der Prof. Dr. Sprengel (Braunschweig) über die Frage der Medizinalpraktikanten referierte. Während die Zahl der praktischen Aerzte überaus groß ist, besteht in den Krankenhäusern ein Mangel an Assistenten, dem auch durch den bedrohlich zunehmenden Andrang zum Medizinstudium nicht abgeholfen wird. Die Ursache liegt, das war die allgemeine Ansicht der Versammlung, in der Verlängerung des Medizinstudiums und dem auf das lange Studium folgenden praktischen Jahre. Die dadurch schon ziemlich alt gewordenen jungen Aerzte haben hinterher wenig Neigung mehr, noch mehrere Jahre einer Uebergangstätigkeit vor ihrer Selbständigmachung zu widmen. Die Versammlung war daher einmütig der Auffassung, daß eine Abhilfe nur auf dem Wege möglich sei, daß den Medizinalpraktikanten in Zukunft gestattet werden soll, ihr praktisches Jahr entweder in der jetzigen, nicht nach den neueren Verfügungen eingeschränkten Form, oder auch in der Form einer Assistenzarztstelle an einer Krankenanstalt abzuleisten. („Voss. Ztg.")

Plauen i. V. Hier hat sich eine **„Medizinische Gesellschaft für das Vogtland"** unter dem Vorsitz von Prof. Breitung gebildet.

Wien. Der **internationale Verein für medizinische Psychologie und Psychotherapie** wird seine diesjährige Jahresversammlung in Wien, und zwar am 18. und 19. September, unmittelbar vor dem Beginn des Aerzte- und Naturforschertages, abhalten. Das Programm wird noch bekanntgegeben werden.

Gerichtliches.

Ansbach. Ein Apotheker, der auf ein von einem Militärtierarzt für seine Frau verschriebenen Rezept irrtümlich anstatt 0,2 g Calomel 0,2 g Sublimat verabfolgt hatte, wurde wegen **fahrlässiger Körperverletzung** vom hiesigen Landgericht zu 100 M. Geldstrafe verurteilt. Bei der Verhandlung wurde u. a. festgestellt, daß ein Tierarzt nicht das Recht habe, auch für seine eigene Familie stark wirkende Mittel zu ordinieren.

Aschaffenburg. Der Direktor des hiesigen städtischen Krankenhauses Dr. B. hatte das Unglück gehabt, auf einer beruflichen Fahrt mit seinem Automobil eine Frau und zwei Kinder zu überfahren und zu verletzen. Das Landgericht Aschaffenburg hatte ihn wegen **fahrlässiger Körperverletzung** bei Ausübung seines Berufs zu einer Geldstrafe verurteilt. B. appellierte an das oberste Landgericht, und dieses hob das Urteil des Landgerichts auf und sprach den Angeklagten mit der Begründung frei, daß die Fahrten, die ein Arzt zur Ausübung seines Berufs zu machen habe, nicht schon als ein Teil der Berufsausübung anzusehen seien.

Verschiedenes.

Berlin. Am 7. April beginnen die Meldungen zu den im Laufe dieses Sommers vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen für die Aerzte Berlins und der Provinz Brandenburg veranstalteten **Fortbildungskursen**. Alles Nähere ist zu erfahren durch das „Bureau des Zentralkomitees, Berlin NW., Luisenplatz 2—4 (Kaiserin-Friedrichhaus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Düsseldorf. Vom 26. Mai bis 7. Juni d. J. findet in der akademischen Kinderklinik Düsseldorf unter Leitung von Prof. Dr. Schlossmann ein 14tägiger **Ausbildungs- und Fortbildungskursus** für Aerzte in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters und in der Säuglingsfürsorge statt. Außer den Vorlesungen und den Arbeiten in der Klinik und im Laboratorium finden auch Besichtigungen moderner Einrichtungen in der Säuglingsfürsorge in Düsseldorf und den benachbarten Städten statt, wobei dem Ziehkinderwesen, der Versorgung hilfsbedürftiger Mütter und Kinder sowie der Versorgung der Städte mit rationell gewonnener Milch besondere Beachtung geschenkt wird. Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an die Geschäftsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Düsseldorf, Werstenerstr. 150, von wo auch auf Wunsch Programme kostenlos versendet werden. Außer einer Einschreibegebühr von 30 M. wird ein Honorar nicht erhoben.

Stuttgart. Einem württembergischen Apotheker ist vor kurzem der Charakter als **Sanitätsrat** verliehen worden, unseres Wissens das erste Mal, daß mit diesem bisher nur Aerzten vorbehaltenen Titel ein Apotheker bedacht wird.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Gumbinnen. Jahresremuneration 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

(Veröffentlicht am 26. März d. J.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Königl. Krone zum Roten Adler-Orden 2. Kl.: Ordentl. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. E. Bumm in Berlin.

Roter Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub: Ordentl. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. O. Heubner in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Geh. San.-Rat Dr. F. Hoeber in Bad Homburg v. d. H.

Ernannt: Dr. K. U. v. Klein in Graudenz zum Ehrenritter des Johanniterordens.

Niedergelassen: Dr. S. König in Groß-Strehlitz, Dr. U. Press in Lippehne, Dr. R. Lauer in Halberstadt, P. Brandt in Ditfurt, W. Westerhoff in Münstereifel, Dr.

F. Danziger in Berlin, Dr. L. Adler in Berlin-Schöneberg.

Verzogen: Dr. A. Lorenz von Berlin nach Duisburg, Dr. E. Glombitza von Berlin nach Hamburg, Dr. J. Thissen von Berlin nach Neukölln, Dr. E. Peiser von Berlin und Dr. Th. Freyhan von Charlottenburg nach Berlin-Schöneberg, Dr. M. Hopp von Halle a. S., Dr. G. Lenz von Biesenthal und Prof. Dr. G. Schütz von Berlin-Lichterfelde nach Charlottenburg, G. Linzenmeier von Kiel, Dr. R. Neumann von Cottbus, Dr. W. Pohl von Borbeck, Dr. J. Prager von Leipzig, Dr. F. Raehter von Berlin-Schöneberg, Dr. E. Puttkammer von Stettin, Dr. R. Kallmann von Freiburg i. Br., Dr. F. Rosenthal von Halensee (Berlin-Wilmersdorf), Dr. K. Schmidt von Frankfurt a. M., Dr. E. Stricker von Münster, Dr. E. Wossidlo von Schlachtensee, Dr. K. Brednow von Nauheim, A. Friedel von Eberswalde und Dr. O. Kraftmeier von Schulitz a. W. nach Berlin, Dr. G. Rosenow von Berlin nach Königsberg i. Pr., F. Palmowski von Berlin nach Wartenburg, R. Nagel von Elbing nach Bayreuth, Dr. O. Lang-Heinrich von Wildungen, M. Loewinstein von Friedrichshagen, Dr. M. Mannheimer von Charlottenburg, Dr. M. Prange von Dresden, Dr. A. Reitter von Nürnberg, Dr. E. Riedel von Charlottenburg, Dr. K. Rochs von Britz, Dr. K. Sauer von Buchheim, Aerztin Dr. L. Schiemann von Abtey (Rheinhessen), Dr. W. Siebenlist von Gotha, Dr. A. Wunderlich von Charlottenburg und Dr. F. Ziemann von Berlin-Lichterfelde nach Berlin, Dr. W. Bloch von Bamberg nach Neukölln, Dr. W. Eitel von Straßburg i. E., San.-Rat Dr. E. Friedländer von Zoppot, Dr. K. Lange von Berlin, Dr. M. Mendelsohn von Berlin-Schöneberg, Dr. K. E. A. Meyenberg von Gelsenkirchen, Arzt Ed. Opel von Neubabelsberg, Aerztin Dr. E. Reinike von Berlin, Dr. K. Sadewasser von Bromberg, Dr. J. Schwalb von Berlin und Dr. F. H. Ulrici von Müllrose nach Charlottenburg, Aerztin Dr. E. Gellert von Berlin, Dr. P. Hotes von Charlottenburg, Dr. W. Koch von Freiburg i. Br., San.-Rat Dr. W. Schmieden von Charlottenburg und Dr. P. Zander von Chemnitz nach Berlin-Wilmersdorf, Dr. K. Lott von Charlottenburg und Dr. F. Tietz von Schwerin nach Berlin-Schöneberg, Dr. R. Maison von Charlottenburg und Dr. H. Plass von Berlin nach Hamburg, Dr. K. Veber von Berlin nach München, Dr. W. Schwarzbach von Heidelberg nach Greifswald, Dr. K. Eyerling von Stralsund nach Braunschweig, Aerztin Dr. S. Herzberg von Greifswald, Dr. A. Bontzer von Bonn, Dr. O. Müller von Kattowitz, Aerztin Dr. M. Dirks von Hannover und Dr. M. Serog von Obernigk nach Breslau, G. Kügler von Ziegenhals, Kreis Neiße, nach Freiburg i. Schl., Dr. R. Ricken von Oberhausen nach Markt-Bohrau, Kreis Strehlen, Dr. G. A. Sombold von Reisen als Schiffsarzt nach Obernigk, Kreis Trebnitz, K. Frost von Königsberg i. Pr. nach Sprottau, Dr. S. Putsch von Kuttlau, Kreis Glogau, nach Röcknitz, Kreisarzt a. D. Dr. J. Pfeffer von Reichenbach, Kr. Görlitz, nach Veddersheim b. Worms, Th. Schnittkin von Posen und Dr. M. Reichel von Oppeln nach Kattowitz.

Gestorben: Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. O. Horn in Löwenberg i. Schl, Dr. E. Cohn in Berlin, F. Wahl in Wartenburg, Dr. P. Schröter in Danzig, Dr. H. Wachsner in Groß-Strehlitz, Dr. H. Bohmeyer in Lungenheilstätte Vogelsang, Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. A. Brand in Geldern, Dr. E. Hartwich in Caputh, Generaloberarzt a. D. Dr. H. Krause in Brandenburg a. H.

Bayern.

Ernannt: Dr. Kress in Haßfurt zum Anstaltsarzt in der Gefangenenanstalt St. Georgen.

Niedergelassen: Dr. L. Bauer in Obereisenheim, B.-A. Gerolzhofen, Dr. R. Dorsch in Kallmünz, B.-A. Burglengenfeld, Dr W. Esser in Kaiserslautern, Dr. F. Büttner, K. Oberstabsarzt a. D., Dr. J. Dingfelder, Dr. O. Goldschmitt, Dr. F. Sigl, K. Oberarzt im 1. Fuß-Art.-Rgt., und Dr. F. Jäger in München, Dr. F. Astinet, Oberarzt im K. II. Ulanen-Rgt., in Ansbach, Dr. E. Gottsmann in Giebelstadt.

Verzogen: Dr. E. Brückel von München nach Stuttgart, Dr. G. Erlanger und Dr. Anna Hermann von München nach Berlin, Dr. Th. Hallmeyer von Indersdorf, Hans Schmitt von Penzberg nach München; Dr. K. Teubner von Schwabhausen nach Indersdorf, Dr. Weber von Burghaslach nach Hösbach, Dr. J. Hutmann von Wallersdorf nach Burghaslach.

Gestorben: Dr. S. Wertheimer in München.

Württemberg.

Auszeichnungen: Komturkreuz 2. Kl. des Friedrichsordens: Prof. v. Grützner in Tübingen.

Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: Ober-Med.-Rat Dr. Scheurlen und Geh. Hofrat Prof. Dr. Köstlin in Stuttgart.

Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrichsordens: Med.-Räte Dr. Kemmler in Weinsberg und Dr. Essig in Ravensburg.

Karl-Olga-Medaille in Silber: Med.-Rat Dr. Breit in Stuttgart, Oberamtsarzt Dr. Gnant in Ellwangen, Prof. Dr. Sellheim in Tübingen.

Titel Ober-Medizinalrat: Med.-Rat Dr. Kohlhaas in Stuttgart.

Titel und Rang eines Medizinalrates: Oberamtsärzte Dr. Andrassy in Böblingen, San.-Rat Dr. Fricker in Nagold, Dr. Moosbrugger in Leutkirch.

Titel Sanitätsrat: Dr. H. Bayha in Ludwigsburg, Dr. O. Cremer in Munderkingen, F. Keller in Heubach, Dr. F. Schlichte in Biberach a. Rh., Dr. Zeller in Backnang.

In den Ruhestand versetzt: Oberamtsarzt Med.-Rat Dr. Ray in Ehingen a. D. unter Verleihung des Ritterkreuzes 1. Kl. des Friedrichsordens.

Gestorben: Hofrat Dr. Wurm in Bad Teinach.

Baden.

Niedergelassen: Dr. A. Mellerio in Heidelberg, Dr. Rud. Stürmer als Anstaltsarzt am Sanatorium Konstanzerhof.

Hessen.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Langermann in Alsfeld in gleicher Eigenschaft nach Bensheim.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsbl."

Kontroll- oder **Vertrauensarztstellen** für **Krankenkassen-Verbände** jeder Art im ganzen Reiche.

Auskunft durch das Generalsekretariat.

Verband z. W. d. Int. d. Deutschen **Betriebs-K.K.** (Rh.-Westf.-B.-K.-K.-V.) Essen-Ruhr

Buenos-Aires, Argentin.
Aachen
Adolfshütte siehe Crosta
Annweiler i. Pfalz
Arys, O.-Pr.
Auerbach i. Erzgeb. (s. auch Hermersdorf)
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Betriebs-K.-K.-V., s. ob.
Bocholt i. Westf.
Breithardt, Hess.-Nass.
Bremen
Breslau
Burbach i. W.
Burghaslach
Burladingen, Hohenzoll.
Canth, Bez. Breslau
Crosta-Adolfshütte
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Eppstein i T.
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Finstingen i Lothr.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Köln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Gönningen i. Wttbg.
Greiffenberg, Uckerm.
Gröha i. Sa.
Großharthau-Goldbach
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Hagendingen, Lothr.
Halberstadt
Halle a. S.
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Häselrieth b. Hildburgh.
Herbrechtingen i. Wttbg.
Hermersdorf, Erzgeb.
Herne i. W.
Hohen-Neuendorf a. Nordbahn
Kaufmänn. Kr.-K. für Rheinl. u Westf.
Kassel-Rothenditmold
Kellinghusen, Holst.
Kirchberg, Jagst
Köln-Deutz
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Kupferhammer b. Ebersw.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Metz
Mömlingen, Unt.-Frk.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Nackenheim i. Rheinh.
Neuhaldensleben
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ochsenwärder b. Hambg.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. d. Mark
Oedt, Rhld.
Passau-Auerbach
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plaue i. Thür
Plettenberg i. Westf.
Pritzerbe, Brandenbg.
Querfurt
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rosenheim
Sagan i. Schl., Eisenh.-B.-K.-K.
Schaafheim i. Hessen
Schönwald, Bayern.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schweidnitz, Schl.
Schwerin a. Warthe
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stommeln, Rhld.
Stralkowo i. Posen
Vockenhausen i. T.
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Köln
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 31 —. Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang **Berlin, 12. April 1913** **No. 15**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang Berlin, 12. April 1913 No. 15

Erscheint jeden Sonnabend. Bezugspreis vierteljährlich M 3,— Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION: Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG: OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ein Fall von doppelter Stenose des Magens.

Vortrag, gehalten im IX. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerzte-Vereins am 6. Februar 1913.

Von

Dr. **Karplus** und Dr. **Ury** (Charlottenburg).

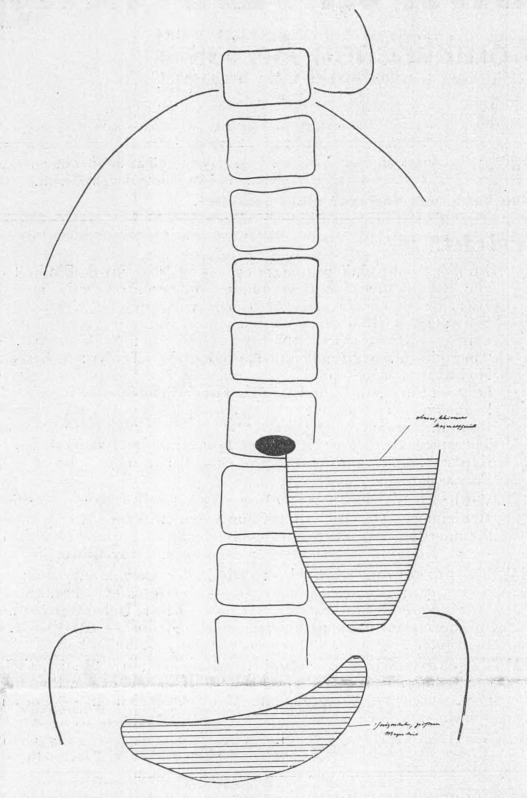
Doppelte Stenosen des Magens sind zwar wiederholt beschrieben worden, doch im großen und ganzen recht selten. Bei der Schwierigkeit, derartige Fälle richtig zu erkennen, dürfte es angebracht sein, einen solchen, wo die Anwendung sämtlicher Untersuchungsmethoden die exakte Diagnose vor der später mit Erfolg ausgeführten Operation ermöglichte, einem größeren Aerztepublikum zu unterbreiten.

Die 40 jährige Patientin litt seit 15 Jahren an heftigen Magenschmerzen mit Erbrechen, anfangs zeitweilig, in den letzten zwei Jahren beständig. Nach dem Erbrechen ließen die Schmerzen häufig nach. Seit Ende August 1912 ging es der Patientin besonders schlecht; starke Magenschmerzen, fortwährendes Erbrechen, auch bei eßlöffelweiser flüssiger Ernährung. Die Patientin war zum Skelett abgemagert, wog nur 70 Pfund. Bei der Untersuchung erwies sich der Magen dem Plätschergeräusch nach erweitert und ptotisch; in Nabelhöhe rechts vom Nabel ließ sich wiederholt, jedoch nicht beständig, ein taubeneigroßer, harter, druckempfindlicher Tumor abtasten, dessen Sitz dem Pylorus entsprach. Bei der Funktionsprüfung fanden sich morgens nüchtern 200 ccm gärender, mostartig riechender Speisereste, freie HCl +, reichlich Sarcine und Hefe. Nach Probefrühstück subacide Werte, keine Milchsäure.

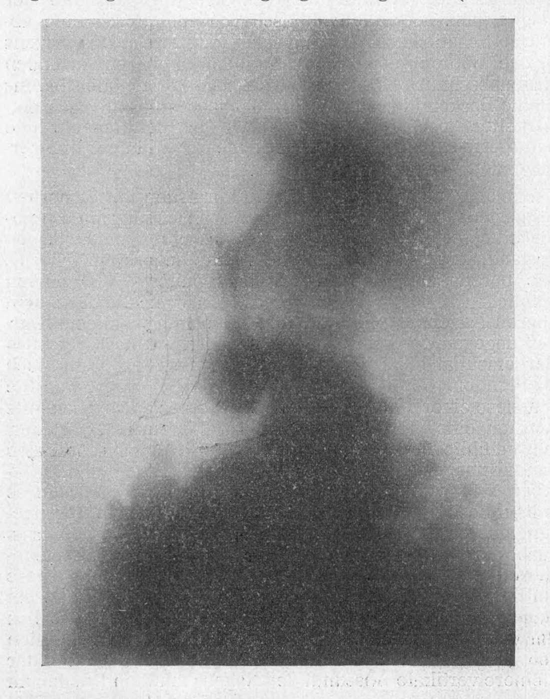
Somit war die Diagnose einer stenosierenden Magenerkrankung gegeben, die ihren Sitz unter Berücksichtigung des wiederholt gefühlten Tumors am Pylorus hatte. Durch die Röntgendurchleuchtung wurde die Sachlage noch weiter geklärt. Die Durchleuchtung im Stehen ergab, daß der Magen ganz hochgradig ptotisch war und durch eine abnorme Schattenaussparung an der Pars media des Magens in zwei Hälften zerfiel, in einen kleineren oberen vertikalen Magenabschnitt und in einen größeren, horizontalen bis ins kleine Becken hinabragenden Magenabschnitt mit stark entwickelter Rechtsdistanz. Eine nach der Platte angefertigte naturgetreue Skizze (siehe umstehend) erläutert die vorliegenden Verhältnisse.

War somit die Diagnose Sanduhrmagen mit Sicherheit festgestellt, so lehrte die weitere Beobachtung am Durchleuchtungsschirm, daß nicht allein ein Sanduhrmagen bestand, sondern daß noch eine zweite Stenose am Pylorus, wie bereits angenommen, vorliegen mußte. Wir fanden nämlich, daß nach 7 Stunden das Baryumsulfat aus dem oberen Magenabschnitt ziemlich vollständig entleert war, daß dagegen der horizontale Magenabschnitt noch reichlich Baryumsulfat enthielt; und auch am nächsten Tage, nach 16 Stunden, war dieser Teil noch gefüllt. Somit war die Diagnose einer doppelten Stenose sichergestellt: es handelte sich um eine Stenosis pylori, worauf ja auch der wiederholt gefühlte Tumor pylori hinwies, und zugleich um einen Sanduhrmagen. Die von Herrn Kollegen Unger Ende Oktober 1912 vorgenommene Operation hat diese Diagnose vollauf bestätigt; es fand sich eine sanduhrförmige Verengerung an der Pars media des Magens, durch eine alte Ulcusnarbe hervorgerufen, und ferner ein callöser, stark stenosierender Ulcustumor am Pylorus. Wie stark die Stenose am Pylorus war, geht daraus hervor, daß in dem exzidierten Magen 3 Tage nach der Durchleuchtung noch reichlich Baryumsulfat gefunden wurde. Es wurde eine Resektion der gesamten stenosierten Partie vorgenommen, und der kleinere vertikale Abschnitt des Magens mit dem Duodenum

durch Naht vereinigt. Die Heilung erfolgte ohne störende Zwischenfälle. Die Untersuchung eines exzidierten Stückes des Ulcustumors ergab keine Anzeichen für Carcinom. Es geht der Patientin jetzt, 3 Monate nach der Operation, vorzüglich; sie verträgt die schwersten Speisen (Kohl!!) ohne Beschwerden und hat 30 Pfund an Gewicht zugenommen. Die funktionelle Prüfung ergibt, daß der Magen sich abnorm schnell entleert; nach Probefrühstück ist der spärliche Rückstand schlecht verdaut, enthält keine Salzsäure und Fermente.



Die gegenwärtige Gestalt des noch restierenden Magens zeigt Ihnen das beigefügte Röntgenbild (kurz nach



Aufnahme des Baryumbreies). Der Magen ist hochgradig atonisch, die Wände bilden keine Peristole, der Brei fällt sofort auf den tiefsten Pol des Magenrestes, der sich zu einem neuen kleinen Fundus entwickelt hat. Der Magen ist natürlich inkontinent; das Duodenum füllt sich sofort. (Der Schatten im Sigmoideum rührt von einer tags zuvor vorgenommenen Untersuchung her.)

Trotz dieser morphologischen und funktionellen starken Abweichung von der Norm geht es der Patientin, wie erwähnt, ausgezeichnet.

Einige Erfahrungen über Vilja-Creme (Unguentum herbale Obermeyer).

Von

Dr. **Alexis Schmidt** (Eibenstock).

Als eine Crux im wahrsten Sinne des Wortes, sowohl für den davon befallenen Patienten, wie auch für den behandelnden Arzt, der mit Hilfe allen Wissens und Könnens doch oft nicht zur Beseitigung des Uebels beitragen kann, muß zweifellos das Hautjucken angesehen werden.

Nichts kann einem Menschen das Leben oft so unerträglich gestalten, wie dieses, und zu der Selbstmordchronik hat das auf den ersten Blick für einen Laien scheinbar harmlose Leiden zweifellos nicht unerheblich beigetragen. Und in der Tat kann sich diese Affektion bis zur Unerträglichkeit gestalten, die Freude am Leben vergällen.

Durch den Drang, sich „kratzen zu müssen", hört der Patient auf gesellschaftsfähig zu sein und meidet dann den Kreis der Geselligkeit; andererseits ist ihm die Ausübung seiner Tätigkeit zur Unmöglichkeit gemacht und die beständigen diesbezüglichen Qualen, verbunden mit schlaflosen Nächten, machen aus ihm einen Querulanten, Hypochonder und Neurastheniker.

Deshalb ist es als ein Fortschritt zu begrüßen, wenn die moderne Technik der Arzneimittel solche auf den Markt bringt, die bei dem leidigen Pruritus eine entschiedene Besserung hervorrufen. Auf jeden Fall kann man ein solches Mittel eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes nennen.

Das Hautjucken oder der Pruritus kann nun bekanntlich verschiedene Ursachen haben.

Erstens einmal ist er ein Symptom mannigfacher mit dem Auge sichtbarer Hautaffektionen, welches nach Behandlung und Heilung derselben verschwindet.

Diese Fälle des Pruritus möchte ich als die günstigsten sowohl für den Kranken als auch für den Arzt bezeichnen, da man weiß, daß mit dem Hautleiden auch der lästige Plagegeist verschwindet.

Als weit unangenehmer ist schon der Pruritus diabeticus zu betrachten, der namentlich, wenn das Grundleiden schwererer Natur und die Behandlung eine undankbare ist, natürlich ohne Beseitigung der Ursache nicht schwindet.

Als am allerungünstigsten sind die essentiellen Pruritus anzusehen, d. h. solche, für die man absolut keinen Anhaltspunkt hat und wo weder die Haut, noch sonst irgendwelches Körperorgan auch nur die leiseste Andeutung einer Affektion darbietet, wo mit einem Worte das Symptom das Leiden zugleich ist.

Da ist oft guter Rat teuer und Arzt wie Patient sind in demselben Maße verzweifelt, wenn man therapeutisch von einem Mittel zum anderen greift und wenn die Polypragmasie bereits vom Hundertsten ins Tausendste geführt hat.

In solchen Situationen wird wohl schon mancher Kollege sich befunden haben und mit Bedauern seinem Patienten nicht das haben bieten können, was dieser von ihm erwartete und erhoffte.

Ich will mich auch zu der Kategorie der Aerzte rechnen, welchen es öfter so ergangen ist.

Ich probierte dies und jenes, es half nichts oder nur „e t w a s" oder „eine Zeit ging es ganz gut, dann kam es wieder", hörte man die Patienten klagend berichten. Ich griff zur Borsalbe mit Kokain, reichte beim Pruritus senilis innerlich Sol. acid. sulfur. 5,0/250,0, was früher als ein gut empfohlenes Mittel galt, versuchte es dann wieder mit Puderungen (Lenicet, Talcum, Acid. salicyl.) oder Waschungen und Abreibungen. Niemals konnte von einem nennenswerten dauernden Erfolge die Rede sein.

Da fiel eines Tages beim Durchblättern meiner medizinischen Zeitschrift mein Auge auf die „Vilja-Creme", die

gegen Juckreiz jeder Art vorzüglich helfen sollte, und ich entschloß mich, trotz meines Mißtrauens wegen der schon oftmaligen Unfruchtbarkeit der Therapie des Hautjuckens, es der Sicherheit halber doch noch einmal mit diesem Präparat zu versuchen.

Ich habe nicht bereut, es getan zu haben, und wenn ich auch selbstverständlich nicht mit dem Präparat alle meine Erwartungen in jedem einzelnen Falle befriedigt sah, so gehe ich nicht zu weit mit der Behauptung, daß Vilja-Creme mir unschätzbare Dienste geleistet hat bei den mannigfachsten Ursachen des Pruritus.

Die mitfolgenden kurz angedeuteten Fälle werden hoffentlich dazu beitragen, bei verzweifelnden Fällen des Hautjuckens oder beim Versagen jedweder Therapie immer noch erst einmal einen Versuch mit Vilja-Creme zu machen, ehe man den betreffenden Fall als aussichtslos und jedweder Behandlung trotzend aufgibt.

Fall 1. Dora M., Hausmädchen. Frostbeulen, die jeder Behandlung widerstanden und nicht allein unerträgliches Jucken, sondern auch Schmerzen hervorriefen. Vilja-Creme erzielte allein Beruhigung, indem sie nachts als Verband ziemlich stark aufgetragen wurde.

Fall 2. Luise K. 20. VII.: An linker Wange seit mehreren Tagen Urticaria. Symptom: Heftiges Jucken.

23. VII.: Abgeblaßt, aber auf die andere Wange übergegangen. Juckreiz verschwunden.

Zur Beseitigung des Exanthems wird aber noch Salicylpaste verordnet; Vilja-Creme hat aber den Juckreiz weggenommen.

Fall 3. Minna H., 14jähriges Fabrikmädchen, eben die Schule verlassen. Starker Juckreiz an den Händen und Vorderarmen, den sie auf den ungewohnten Beruf und den vielen Staub im Lokal zurückführt. Das Kratzen ist ihr sehr peinlich, zumal infolge davon jetzt ein richtiges Kratzekzem entstanden ist.

Vilja-Creme erzielte in Kürze die besten Erfolge.

Fall 4. Frieda D. Gerötete Hände aus unbekannten Gründen. Behandlung mit Vilja-Creme. Mehrere Wochen später: Wenn auch aus nicht festzustellenden Gründen die Hände noch stark gerötet sind, so ist doch die Haut glatt und geheilt; kein Brennen, kein Juckreiz mehr vorhanden.

Fall 5. Heinrich Gr. Pruritus cutaneus ohne Ekzem. 2 Tuben. 9. VII. 1912: Patient ist von seinen Beschwerden befreit. Vilja-Creme muß nun öfter angewandt werden, weil Juckreiz wiederkehrt.

Fall 6. Gerhard N., Pastorssohn. Urticaria. Erfolg sehr gut in kürzester Zeit nach dem Aufstreichen. Kind war vorher vor Jucken nicht zu bändigen.

Fall 7. Alma Schm. Enuresis nocturna, Pruritus vulvae. Schon am zweiten Tage war wesentliche Besserung angegeben. Fall kam außer Behandlung; wahrscheinlich lag Gonorrhoe vor infolge eines Stuprums.

Fall 8. Hans Schm., Lehrerssohn. Leichte Masern.

Erfolg bei ziemlich oftmaligem Aufstreichen alle halbe Stunde; vollständige Beseitigung des Juckreizes.

Fall 9. Aug. O. Arbeitet in starken Säuren zwecks Vernickelung. Hat ein flechtenartiges Ekzem an den Fingern und hauptsächlich an den Vorderarmen (links wie rechts). Unerträglicher Juckreiz hauptsächlich nach der Arbeit und in der Nacht. Vilja-Creme verschafft demselben nach wenigen Minuten schon Besserung; Aufstreichen muß natürlich öfters wiederholt werden. Nach 4—5 Tagen, am 10. V.: Bei Tage Aufhören des Juckreizes, bei Nacht unter der Decke nicht.

Fall 10. Lina R. Juckende Psoriasis.

Seit langen Jahren ist das jetzt 16jährige Mädchen mit der Schuppenflechte behaftet an Knien, Vorderarmen, sowie an den Ellenbeugen. Sie begibt sich weniger in meine Behandlung wegen des schlechten Aussehens des Ausschlages, als wegen des starken Juckens und Brennens, namentlich des Abends. Chrysarobin sowie Sol. Fowleri intern bedingen erst nach sehr langer Zeit eine kleine Besserung bei fernerem Bestehen des Juckreizes. Dieser wird erst durch Vilja-Creme bekämpft. Psoriasis ist merkwürdigerweise abgeblaßt, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß die Patientin nicht mehr kratzte und die starke Reizung und Hyperämie schwand.

Fall 11. Franz T. Unbestimmter Ausschlag (Ekzema chron. papulosum).

Ohne nennenswerten Erfolg, insofern keine besondere Besserung erzielt werden konnte; andere Mittel halfen aber erst recht nichts.

Fall 12. Erich St. Urticaria. Unerträglicher Juckreiz seit vielen Tagen, Schlimmerwerden. 28. VIII.: Vilja-Creme. 31. VIII.: So gut wie gänzliche Heilung.

Die vorstehenden Aufzeichnungen liegen über ein halbes Jahr zurück, seit welcher Zeit ich, ohne alle Fälle besonders zu buchen, Unguentum herbale Obermeyer mindestens in mehreren Dutzend weiteren Fällen anzuwenden Gelegenheit hatte. Die Patienten wurden aufgefordert, sich mir unter allen Umständen wieder vorzustellen beziehungsweise Bescheid sagen zu lassen, und waren dem auch größtenteils nachgekommen. Fast ausnahmslos bin ich zu denselben befriedigenden Resultaten gelangt, wie in den obigen 12 besonders angeführten kurzen Krankengeschichten.

Ich bin mir dessen wohl bewußt, daß ich mit Vorstehendem nichts geschrieben habe, was Anspruch auf große Wissenschaftlichkeit erheben dürfte. Aber wenn wir Aerzte in Artikeln unserer zahlreichen Zeitschriften über diese und jene Fälle und die daraus zu ziehenden Schlüsse unsere Meinung austauschen, so dürfen wir doch nie vergessen, daß wir im täglichen Leben stehen und in erster Linie dazu da sind und auch von unseren Klienten angegangen werden, damit wir ihnen helfen und von dem, was sie schmerzt, befreien.

Es kommt dem Publikum, das zum Arzt geht, in der Mehrzahl der Fälle nicht so sehr darauf an, daß es von der betreffenden Krankheit befreit wird, sondern daß man vor allen Dingen die Beschwerden, unter denen es zu leiden hat, sofort abstellt. Daran reiht sich dann erst die Befreiung von der Krankheit. Und ein solches Schulexempel für die Bekämpfung lästiger Krankheitssymptome ist zweifellos der Pruritus, sowohl als Begleiterscheinung bei Hautaffektionen mannigfacher Art als auch solcher bei Zuckerharnruhr, sowie nervöser und hysterischer Beschwerden. Vom essentiellen Pruritus können wir sagen, daß er Symptom und Krankheit zugleich ist, denn pathologisch-anatomisch ist er doch nicht anders zu erklären, als daß er eben eine Reizung der sensiblen Nervenendigungen darstellt, durch den er sich in der bekannten unliebsamen Weise bemerkbar macht.

Wenngleich auch Unguentum herbale Obermeyer keinenfalls wegen seiner mehr indifferenten Natur als ein Bekämpfungsmittel schwerer Hautaffektionen angesehen werden kann, so ermuntern die angeführten Beispiele doch auf jeden Fall bei allen Formen des Juckreizes, mit oder ohne greifbare Ursache, es mit der Vilja-Creme wenigstens zu versuchen, denn wenn unter allen meinen Fällen nur ein einziger entschiedener Versager war, so verlohnt es doch der Mühe, die diesbezügliche bisherige Erfahrung durch abermalige Versuche zu erweitern.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten, Kinderheilkunde und Neurologie).

Privatdozent Dr. **H. Stursberg** und Medizinalpraktikant **H. Schmidt** (Bonn): **Ueber Blutdruckmessung nach Körperarbeit und ihre Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Stursberg hatte früher nachgewiesen, daß bei Neurasthenikern nach körperlicher Arbeit zwar qualitativ etwa die gleichen Veränderungen der Blutdruckwerte gefunden werden, wie bei Gesunden, daß aber die Zunahme der Herzarbeit, wie sie aus dem Verhalten der Blutdruckwerte sich ergibt, durchschnittlich größer als in der Norm, in einzelnen Fällen sogar beträchtlich erhöht ist. In der Ruhe war auch der Pulsdruck bei diesen Patienten durchschnittlich höher als bei gesunden Personen. In der vorliegenden Arbeit teilen die Verfasser weitere Bestimmungen des Blutdruckes (des systolischen Druckes) und der Pulszahl bei Gesunden und bei Kranken mit, und zwar erst in der Ruhe und dann nach raschem Umhergehen im Zimmer. Die Pulszahl wurde außerdem nach Ersteigen einer Treppe von etwa 30 Stufen ermittelt. Bei Herzgesunden ergab sich entweder gar kein Einfluß des Umhergehens auf den Blutdruck, oder die Zunahme war gering; sie betrug selten mehr als 10 mm Quecksilber. Regelwidrige Erhöhung der Erregbarkeit wurde erst angenommen, wenn die Zunahme des Blutdruckes mehr als 15 mm betrug. Eine solche fand sich nun tatsächlich bei Neurasthenikern ohne nachweisbare organische Erkrankung, ferner bei solchen mit daneben bestehenden Organerkrankungen, endlich bei Herzkranken, Arteriosklerotikern, Rekonvaleszenten nach Typhus, bei Kranken mit schweren chronischen Krankheiten (Lungen- und Darmtuberkulose), mit chronischen organischen Erkrankungen des Nervensystems. Die Erhöhung des Blutdruckes ging im Einzelfalle bis zu 41 mm. In einzelnen Fällen war dabei die Vermehrung der Pulsfrequenz viel geringer und blieb im Rahmen der auch bei Gesunden beobachteten Werte. Die alleinige Beobachtung der Pulsfrequenz gibt somit kein völlig richtiges Bild von der Einwirkung körperlicher Arbeit auf den Kreislauf. Die Bestimmung des Blutdrucks ist notwendig. Kranke, die bei unbedeutenden körperlichen Anstrengungen beträchtliche Blutdrucksteigerungen aufweisen, werden durch schwere Arbeit

leichter geschädigt werden als Kranke, bei denen die gleiche Leistung keine oder nur eine unbedeutende Blutdrucksteigerung auslöst. Als besonders schonungsbedürftig sind Kranke zu betrachten, bei denen starke Erregbarkeit des Blutdrucks und des Pulses gefunden wird. Diese Verhältnisse werden u. a. bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit, besonders bei Neurose nach Unfällen, aber auch bei anderen Erkrankungen, in Betracht zu ziehen sein. R. L.

Prof. Dr. **Kruse** (Bonn): **Ueber die Verbreitung der Tuberkulose, namentlich in den wohlhabenden Klassen.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 4.)

Die Untersuchungen des Verfassers ergeben, daß auch der wohlhabendere Teil der Bevölkerung von der Tuberkuloseansteckung weit mehr bedroht ist, als man erwarten könnte. Der Unterschied in der Durchseuchung beträgt nur wenige Prozente zuungunsten der ärmeren Bevölkerung. Wie ist diese merkwürdige Tatsache zu deuten? Verf. kann sich vorläufig kein klares Bild darüber machen. Diejenigen, sagt er, die von der Ubiquität der Tuberkelbacillen sprechen, werden es freilich ganz natürlich finden, aber alles, was wir wirklich wissen von dem Vorkommen der Bacillen, spricht gegen die Ubiquität. Zahlreiche Untersuchungen haben gelehrt, daß selbst in der Nachbarschaft von Phthisikern der trockene flugfähige Staub nur selten Tuberkelbacillen enthält; die Tröpfcheninfektion durch hustende Phthisiker scheint, nach den Versuchen zu urteilen, auch nur in engeren Grenzen möglich zu sein. Dagegen müßte man, um die große Verbreitung der Tuberkuloseherde beim Menschen erklären zu können, doch annehmen, daß die Ansteckungsgelegenheiten für diese Krankheit viel häufiger seien. In der Tat hat H a m b u r g e r die Tuberkulose in bezug auf ihre Ansteckungsfähigkeit mit den Masern verglichen. Verf. hat bei seinen Zuhörern in gewissem Sinne die Probe darauf gemacht und gefunden, daß wirklich kaum mehr von der Tuberkulose verschont geblieben sind, als (nach ihrer Angabe) von den Masern (12 pCt.). Trotzdem ist nach Verfassers Ansicht der Vergleich der Tuberkulose mit den Masern unzulässig, da die Krankheitserreger bei den Masern viel reichlicher beziehungsweise in weit gefährlicherer Form ausgeschieden werden, als bei der Tuberkulose. Jedenfalls wird man aber — z. B. durch geeignete Tierversuche — die Ansteckungsbedingungen in der Umgebung der Phthisiker noch genauer feststellen müssen. Unrichtig wäre es nach Verfassers Ueberzeugung, aus seinen Ergebnissen etwa den praktischen Schluß zu ziehen, daß der unmittelbare Kampf gegen die Verbreitung der Tuberkelbacillen aussichtslos sei. Es ist kaum zweifelhaft, daß es für die Erkrankung an Tuberkulose wie an anderen Infektionen von großer Bedeutung ist, ob man öfter oder seltener, durch mehr oder weniger Bacillen, von der Ansteckung bedroht ist. Im Gegenteil werden wir, sagt er, an unsere Ergebnisse die Mahnung knüpfen müssen, den Vernichtungskampf gegen die Bacillen noch kräftiger zu führen. Immer mehr in den Vordergrund tritt freilich gerade auch durch Verfassers Feststellungen die Bedeutung der Disposition für die Erkrankung und den Tod an Tuberkulose. Kr.

Dr. **E. Schuhmacher,** Mitglied der bakteriologischen Anstalt Trier: **Eine Gruppe von 6 klassischen Botulismuserkrankungen in der Eifel und der Nachweis ihres Erregers, des Bacillus botulinus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Neben den durch paratyphusähnliche Bacillen hervorgerufenen Fleischvergiftungen gibt es eine andere Form von Fleischvergiftung, die hauptsächlich durch einen nervösen Symptomenkomplex charakterisiert ist und durch den 1897 von E r m e n g e m entdeckten B a c i l l u s b o t u l i n u s hervorgerufen wird. Verf. hatte kürzlich Gelegenheit, in einer Familie eine Gruppe von Botulismuserkrankungen zu beobachten. Von der 10 Personen umfassenden Familie erkrankten 6, 3 Erwachsene und 3 Kinder. 2 Fälle endeten tödlich, und zwar starben der 44 Jahre alte Familienvater und dessen 66 jährige Mutter; die übrigen Personen, die 36 Jahre alte Ehefrau und 3 Töchter im Alter von 6, 11 und 14 Jahren, genasen nach längerer oder kürzerer Zeit. Als Ursache der Erkrankung stellte sich ein roher, verdorbener Schinken heraus, von welchem die 6 erkrankten Personen gegessen hatten, dagegen die 4 gesund gebliebenen Kinder nicht. Die Symptome des Botulismus sind folgende: Nach anfänglichem Zeichen von Verdauungsstörung, wie Uebelkeit, Brechreiz, Leibschmerzen und Schwindel, zeigen sich gewisse nervöse Symptome. Während bei den leichtesten Fällen nur Doppelsehen zu konstatieren ist, entwickelt sich bei den schweren Fällen Ptosis (Lähmung des M. levator palpebr. sup.), Mydriasis und Akkommodationslähmung. Ferner besteht Trockenheit im Mund und Hals (verminderte Speichelabsonderung). Ferner zeigt sich Schluckerschwerung, die teilweise auf Innervationsstörungen der Kau- und Schlundmuskulatur beruht. Ferner ist ein maskenartiger Gesichtsausdruck charakteristisch, als Folge einer Parese der Facialiszweige. Zuweilen besteht Schwerhörigkeit und vorübergehend Taubheit, lallender Charakter der Sprache (Störungen im Gebiet des 12. Hirnnerven); in den meisten Fällen bestand auch hartnäckige Obstipation (Nervus vagus). Manchmal findet sich Retentio urinae. In einem Falle trat nachträglich eine Lähmung an der rechten Hand ein. In den tödlich endigenden Fällen waren Respirations- und Herzstörungen die Todesursache. — Die Untersuchung des Restes des Schinkens ergab, daß der Schinken verdorben war; Tierversuche ergaben in ihm starkwirkende Toxine, ferner gelang es, in ihm den Bacillus botulinus nachzuweisen. Auch aus dem Herzblut des verstorbenen Mannes wurde derselbe Botulinusstamm gezüchtet. — Die Therapie bei den Erkrankten bestand vor allem in Kochsalzinfusionen, Einläufen, Abführmitteln, Pilocarpininjektionen und künstlicher Ernährung. R. L.

Dr. **Rheindorf,** Prosektor d. pathol.-anatom. Abt. d. St. Hedwigs-Krankenhauses zu Berlin: **Die Wurmfortsatzentzündung ex oxyure.** (Mediz. Klinik, 1913, No. 2, 3, 4 u. 5.)

Nach Verfassers Beobachtungen finden sich bei Kindern in Wurmfortsätzen, deren Träger klinisch die Symptome der Appendicitis darbieten, in einem sehr hohen Prozentsatz Oxyuren, bei Erwachsenen gelegentlich. Eine systematische Untersuchung bei letzteren wäre sehr zweckmäßig. Regelmäßig finden sich bei genauer, ausgiebiger mikroskopischer Untersuchung Veränderungen in derartigen Processus. Diese Veränderungen sind mannigfacher Natur und bestehen in größeren und kleineren Schleimhautdefekten, die sich tief in die Wand des Processus erstrecken und zu ausgedehnten Zerstörungen führen können; sie werden durch die Oxyuren verursacht. In derartig veränderten Wurmfortsätzen etablieren sich häufig sekundäre Entzündungen teils oberflächlicher, teils tieferer Ausdehnung. Diese Entzündungen und Defektbildungen bedrohen in mannigfacher Weise die Gesundheit und das Leben der betreffenden Patienten. Die Oxyuriasis ist nach Verfassers Erfahrung ein sehr verbreitetes, hauptsächlich im Kindesalter auftretendes Uebel, dessen rationelle Bekämpfung eine absolute Notwendigkeit ist, da es am Marke des Volkes nagt. Diese Bekämpfung hat durch entsprechende Aufklärung in der Schule einzusetzen und ist vom Arzt in der Praxis durch rationelle Wurmkuren fortzusetzen; denn die Oxyuriasis bestätigt in vollem Maße den alten Spruch: „Kleine Ursachen, große Wirkungen“. Kr.

Prof. **G. v. Bergmann** (Altona): **Das spasmogene Ulcus pepticum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Verf. entwickelt die Anschauungen, zu welchen er auf Grund der sorgfältigen klinischen Untersuchung von 60 Fällen von Ulcus ventriculi und duodeni gelangt ist. Bei der Differentialdiagnose zwischen Ulcus oder Magenneurose ist es darnach ganz falsch, Zeichen allgemeiner Neurose gegen die Ulcusdiagnose zu verwerten. Im Gegenteil, die Ulcuskranken bieten mit wenigen Ausnahmen neurotische Stigmata dar; sie weisen fast durchweg Zeichen gestörter Harmonie zwischen Sympathicus- und autonomem (erweitertem) Vagussystem auf, oder allgemeiner und richtiger im vegetativen Nervensystem überhaupt. Neben diesen allgemeinen Symptomen sind am Magen und Duodenum selbst die vom vegetativen Nervensystem beherrschten Funktionen gestört, d. h. die Drüsen- und Muskelfunktion ist übererregt; speziell das Verhalten des Pylorus ist desharmonisiert. Ferner ist eine vermehrte Neigung zu Spasmen der Muscularis bei den Personen vorhanden, die am Magen und Duodenum auch andere Zeichen gestörter motorischer und sekretorischer Funktion bieten, die außerdem sonst im vegetativen Nervensystem stigmatisiert sind. Von Wichtigkeit sind ferner die Feststellungen von R ö s s l e (Jena) über das Ulcus ventriculi resp. duodeni als „zweite Krankheit“. Darnach entwickelt sich das Ulcus gewöhnlich auf der Basis einer anderen und örtlich ganz verschiedenen pathologischen Affektion; vor allem ist die Appendicitis als primäre Krankheit zu nennen. Der Zusammenhang ist ein nervöser; auf reflektorischem Wege entstehen bei den dazu disponierten Personen Spasmen der Muscularis im Gebiet des Magens, welche dann zur Entstehung von Erosionen und Ulcera führen können. Nach Verfassers Beobachtungen können auch psychische Traumen die Bedeutung der Primäraffektion im Sinne von R ö s s l e haben; auch sie können zu derartigen Spasmen führen. Das Ulcus entsteht dann in folgender Weise aus solchen spastischen Zuständen am Magen: Zunächst kommt es durch Abklemmung der zuführenden Gefäße zu lokaler Ischämie. Die so von der Ernährung ausgeschalteten Schleimhautpartien werden angedaut, es entstehen Erosionen und Ulcera. Diese werden dann nicht ausheilen, wenn die spastische Disposition des Magens, durch die kleinen Erosionen veranlaßt, häufig wieder neue Spasmen an gleicher Stelle auslöst. Dieser Circulus vitiosus ist geeignet, den chronischen Verlauf des Ulcus ventriculi zu erklären. Dieser Nachweis der s p a s m o g e n e n E n t s t e h u n g des Ulcus ventriculi und duodeni ist auch für die T h e r a p i e von Bedeutung; er liefert die theoretische Begründung der A t r o p i n b e h a n d l u n g des Ulcus ventriculi, die schon früher im Hinblick auf die sekretionslähmende Wirkung des Atropins empfohlen wurde. Aber auch ohne Hyperacidität wirkt Atropin günstig. Es mildert nicht nur den Pylorospasmus beim Ulcus;



Antiphlogistine

ein

hydrophiler,
schmerzstillender

Umschlag

Ein unvergleichliches Hilfsmittel in der Behandlung aller entzündlichen und congestiven Zustände im Rahmen einer Pneumonie bis zu einer einfachen Furunkulose.

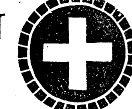
„.... Die soeben aufgeführten und eine große Reihe weiterer Fälle, über welche mir deutsche Aerzte Mitteilung zugehen ließen, bestätigten die guten Erfahrungen, die man im Ausland, in Amerika und England vor allem, mit dem Antiphlogistine gemacht hat, so daß ich mich entschließen konnte, das Präparat auch weiteren Kreisen heimischer Kollegen zu empfehlen. Nachdem ich selbst mehr als hundert Fälle erfolgreich behandelt habe, glaube ich diese Empfehlung mit bestem Gewissen hinausschicken zu können.“
Oberstabsarzt Dr. Lübbert in Ther. Mtsch. No 11, 1907.

Kade-Denver Co. m. b. H., Berlin-Wilmersdorf II.



Dr. med. Reinecke'

GRAVIDIN



(Extr. fuci serrat. fluid)

Empfohlen bei:

Hyperemesis gravidar.

San.-R. Dr. Wolf in G. schrebt: Das von Ihnen gelieferte Gravidin hat mir in einem Falle von Hyperemesis, der schon drei Wochen lang allen Maßnahmen trotzte, vorzügliche Dienste geleistet. Nach nur **zweitägigem** Einnehmen erfolgte völlige und andauernde Heilung.

Dr. med. Bamberger: Das mir seinerzeit gütigst überlassene Gravidin ergab einen glänzenden Erfolg, wie ich ihn nie erwartet hätte.

Zu beziehen durch die Apotheken oder direkt

Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan
Berlin C. 2, nur Spandauerstraße 77.

Fabrik- **'Vaporole'** Marke

Extractum Hypophysis

(ex infundibulo)

Ruft Steigerung des Blutdrucks und kräftige Kontraktion des Uterus hervor.

Besonders bei Wehenschwäche indiziert.

In „Vaporole“-Behältern à 1 ccm und 0,5 ccm steriler Lösung.

Schachteln à 6 St.

Hergestellt von
Burroughs Wellcome & Co.
London E. C.

General-Vertretung für Deutschland:
Linkenheil & Co.
Berlin W. 35.

die gesamte motorische Reizbarkeit läßt nach. Verf. empfiehlt deshalb eine systematische Atropinkur beim Ulcus ventriculi. Man gibt 3 mal täglich ½—1 mg Atropin in Pillen; man sieht häufig darnach schon am ersten Tage die Beschwerden aufhören. (Wenn die Wirkung nicht prompt genug ist, kann man evtl. zuerst Atropin subkutan anwenden.) Jede diätetische Ulcuskur ist also nach Verf. mit einer systematischen Atropinkur zu kombinieren. Das Morphium dagegen wirkt schädlich; es steigert die Sekretion und spastische Tendenz, sowie die Verweildauer der Speisen im Magen. Von Atropin gebe man evtl. die höchsten ertragbaren Dosen (Tagesdosen bis zu 4 mg).

Dr. **Edmund Maliwa** (Greifswald): **Der kongenitale familiäre Ikterus.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Verf. berichtet über einen 16 jährigen Patienten, welcher ein von Minkowski im Jahre 1900 zuerst beschriebenes Krankheitsbild aufweist, welches in angeborenem Ikterus mit andauernder Urobilinurie, Milzhyperplasie und Siderosis der Nieren besteht. Bisher wurden ungefähr 40 hierhergehörige Fälle beschrieben. Nach den Zusammenstellungen in der Literatur und nach den Beobachtungen an seinem Patienten und dessen Mutter stellt Verf. folgende stets vorhandenen pathologischen Abweichungen als Kardinalsymptome auf: angeborener chronischer Ikterus, Anämie mit dem charakteristischen Blutbefund, bestehend in Resistenzverminderung der Erythrocyten gegenüber hypotonischen Salzlösungen, vermehrtem Auftreten von „Hématies granulenses“ in den Erythrocyten (feine, zum Teil aus Pünktchen bestehende Fäden und Schlingen), Urobilinurie resp. Urobilinogenurie, Milztumor. Nach Verf. ist der kongenitale familiäre Ikterus als eine primäre Bluterkrankung anzusehen. Die Therapie, bestehend in Darreichung von Eisen, Arsen und Chinin, besserte bei den Patienten wohl den Ernährungszustand, ein wenig den Hämoglobingehalt, nicht aber die Oligocythämie und die sonstigen Veränderungen des Blutes.

R. L.

Dr. **Erich Zabel**, Spezialarzt f. innere Krankheiten in Rostock: **„Brennen auf der Zunge“ als Frühsymptom perniciöser Anämie.** (Klinisch-therap. Wochenschr., 1913, No. 1.)

Verf. hat in einer Reihe schwerer Fälle von Perniciosa schmerzhaft brennende Sensationen auf der Zunge als ein Symptom beobachtet, das wegen seines oft frühzeitigen Auftretens bei dieser Krankheit bedeutungsvoll ist. Das Symptom ist zwar seit langem bekannt, es wird aber, wie die von Verf. mitgeteilten Fälle lehren, zum Nachteil der beklagenswerten Kranken durchaus nicht seinem Werte entsprechend beachtet. In manchen Fällen könnte man sonst früher helfend eingreifen, ganz abgesehen davon, daß man bei Beachtung des Symptoms in wissenschaftlicher Beziehung die Entwicklung des perniciösen Blutbildes wahrscheinlich schon im Beginn studieren könnte — gelangt doch die Mehrzahl der an Perniciosa Leidenden schon in mehr oder weniger voll ausgebildetem Stadium in unsere Behandlung.

Man muß also alle Klagen über Sensationen der Zunge stets ernst nehmen. Machen sich die Beschwerden in der Störung der Nahrungsaufnahme, anämischem Aussehen und Abmagerung in höherem Grade bemerkbar, so wird man dadurch ja ohne weiteres zur Untersuchung des Blutbildes gedrängt. Aber gerade im Beginn derartiger Angaben über die Zunge sollte man, auf die Entwicklung der Perniciosa fahndend, das Blut genau untersuchen und fortlaufend kontrollieren.

Ein anatomisches Substrat außer einer manchmal entzündlichen Rötung und Reizung der glatten Zungenspitze und der vorderen Zungenränder hat Verf. nicht nachweisen können.

Kr.

Fr. Schultze und **Bernh. Fischer: Zur Lehre von der Akromegalie und Osteoarthropathie hypertrophiante.** Mit 7 Abbildungen. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, Bd. 24, H. 4 u. 5.)

Verfasser berichten ausführlich über zwei Fälle von Akromegalie, von denen der eine durch sein Auftreten bei einem erst 11 Jahre alten Mädchen und das Ergriffensein auch der Oberlippe und beide Fälle durch das Fehlen von Poly- und Glykosurie bemerkenswert sind. Im zweiten Falle handelt es sich um einen 56 jährigen Mann. Bemerkenswert ist ferner an beiden Fällen die mit der Akromegalie einhergehende enorme Vergrößerung der Nebennieren, der Nieren und auch der Leber. Die Vergrößerung der Nebennieren beruhte auf einer enormen Vergrößerung und Vermehrung um das 4- bis 5 fache der Norm der Zellen der Zona fasciculata und die der Nieren auf einer 3—4 fachen Vergrößerung der Glomeruli.

Sodann berichten Verfasser über einen immerhin seltenen Fall von benigner Akromegalie bei einem 51 Jahre alten Manne, der einen vollständig akromegalen Typ darbot, bei dem auch röntgenologisch auf Grund einer auffallend weiten Sella turcica der Schluß auf Hypophysistumor gestellt werden konnte, ohne daß der Tumor ihm irgendwelche Beschwerden machte.

Endlich berichten Verfasser über einen neuen Fall von Striescher Osteoarthropathie hypertrophiante bei einem 22 jährigen jungen Manne, der vor 4 Jahren eine trockene Rippenfellentzündung durchmachte, außerdem damals Hämoptoe und Husten bekam und jetzt einen vollständig akromegalen Typ an Händen und Füßen, aber nicht am Kopf und Schädel, darbot.

Adler (Berlin-Pankow).

Prof. **M. Simmonds** (Hamburg): **Hypophysis und Diabetes insipidus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Nach den Untersuchungen des englischen Physiologen Edward Schäfer wird von der Hypophysis aus eine Einwirkung auf Nierengefäße und Nierenzellen ausgeübt; diese diuretische Wirkung des Organsekrets sei nicht dem vorderen Lappen zuzuschreiben, sondern ist an die hinteren Abschnitte, insbesondere an die Pars intermedia, gebunden. Gewisse klinische Erfahrungen bestätigen diese Annahme. Akromegalie und Dystrophia adiposo-genitalis wird nicht selten von Diabetes insipidus begleitet; gummöse Basalmeningitis und Geschwulstbildungen an der Basis, also Prozesse, die eine Einwirkung auf die Hypophysis ausüben können, führen bisweilen zur Polyurie usw. Bisher fehlte aber die genaue Lokalisation der supponierten Schädigung innerhalb der Hypophysis. Verf. ist in der Lage, diese Lücke durch eine Beobachtung auszufüllen. Es handelt sich um eine 37 jährige Frau, bei der etwa 2 Monate nach der Exstirpation einer carcinomatösen Brustdrüse Carcinommetastasen in verschiedenen Körpergegenden auftraten. Gleichzeitig zeigte sich starkes Durstgefühl und hochgradige Polyurie. Die Harnmenge schwankte zwischen 10 und 19 Litern, das spezifische Gewicht zwischen 1002 und 1003. Nach wenigen Wochen starb die Patientin. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung ergab u. a. nur die hintere Sella turcica und den Hinterlappen der Hypophysis ganz durch Carcinommassen durchsetzt. Die Pars intermedia und der vordere Lappen war intakt geblieben. Verf. nimmt an, daß der Diabetes insipidus im vorliegenden Falle die Wirkung einer Ueberfunktion der Pars intermedia war, hervorgerufen durch eine Reizwirkung der Geschwulstbildung im Hinterlappen.

Stabsarzt Dr. **Biermann** (Heidelberg): **Ueber metapneumonische Brachialplexusneuritis und -polyneuritis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Während Neuritiden nach anderen Infektionskrankheiten häufig auftreten, finden sich über Neuritiden im Anschluß an Pneumonie sehr spärliche Angaben. In der Literatur konnte Verf. nur 6 derartige Fälle finden. In der medizinischen Klinik zu Heidelberg wurden in den letzten Jahren 3 solche Fälle beobachtet, welche Verf. mitteilt. Im ersten Falle handelte es sich um ein 24 jähriges Mädchen, das wenige Tage nach Ablauf einer typischen Lungenentzündung an einer doppelseitigen schweren Neuritis in beiden Armen erkrankte, die mit schweren Lähmungserscheinungen einherging, welche sich im Verlaufe von 2 Jahren schließlich vollständig zurückbildeten. Der zweite Fall betrifft einen 22 jährigen Mann, der 10—14 Tage nach einer Erkrankung an Pneumonie eine Neuritis des Plexus brachialis mit Lähmungserscheinungen bekam. Es bildeten sich dann Atrophien mäßigen Grades in den einzelnen Muskeln und Muskelgruppen aus, die ganz allmählich nach mehrmonatiger Behandlung mit Elektrizität und Bädern teilweise zurückgingen. Im dritten Fall handelte es sich um eine 47 jährige Frau, bei der sich nach Ablauf einer Pneumonie eine fast nur auf die Unterschenkel und Füße beschränkte Störung der motorischen und sensiblen Funktionen zeigte; außerdem bestand eine leichte Facialisschwäche rechts und leichte subjektive Gefühlsstörung in der linken Hand. Unter Behandlung mit Kohlensäuresolbädern und innerlich 3 mal täglich 0,5 g Phenacetin gingen sämtliche Krankheitserscheinungen langsam zurück.

R. L.

Chirurgie.

Schumacher und **Roth: Thymektomie bei einem Fall von Morbus Basedowi mit Myasthenie.** (Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, Bd. 25, H. 4.)

Ausführliche Krankengeschichte eines in der Züricher internen und chirurgischen Universitätsklinik beobachteten Falles. Nach 10 wöchiger vergeblicher interner Therapie Ligatur einer Arteria Thyr. sup. In den nächsten vier Wochen weitgehende Verschlimmerung der Myasthenie bei gleichbleibenden Basedowsymptomen. Darauf Exstirpation der klinisch und röntgenologisch nachgewiesenen hypertrophischen Thymus; Schwinden der Herzbeschwerden, nach 14 Tagen Besserung der myasthenischen Symptome (Motilitätsstörungen, Parese der Augenmuskeln, starke Ermüdbarkeit), Rückgang der Pulsfrequenz. Vier Monate nach der Operation beträchtliche Besserung der Myasthenie, während die Basedowsymptome, abgesehen von der Tachykardie, nicht wesentlich beeinflußt waren. Erst später, 14 Monate nach der Operation, war auch der Basedow zum Teil gebessert; die hochgradige Lymphocytose hatte einem völlig normalen Blutbilde Platz gemacht.

Etwa 1½ Jahre nach der Thymektomie zeigte sich eine beträchtliche Vergrößerung der Struma und eine erneute Zunahme des Exophthalmus, weshalb der rechte und der halbe linke Schilddrüsenlappen entfernt wurden. Auch diesen Eingriff vertrug Patientin gut. Die Besserung der myasthenischen Symptome und des Blutbildes erwies sich als konstant, während über den Verlauf des Basedow ein Urteil erst möglich sein wird, wenn längere Zeit nach dem zweiten Eingriff verstrichen ist.

Paul Zander: Zur Histologie der Basedowstruma. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, Bd. 25, H. 4.)

Der Arbeit liegen 24 Strumen von sicheren Basedowfällen zugrunde. Das Material stammt aus den chirurgischen Kliniken von Königsberg, Halle, Bonn, Würzburg und vor allem Freiburg. Verf. legt mit Recht besonderen Wert auf einwandfreie, sichere klinische Diagnose und glaubt, daß in solchen Fällen niemals anatomisch normale Basedowkröpfe gefunden werden dürften, wenn man exakt untersucht und die histologische Untersuchung nicht auf einen einzigen Teil des exzidierten Kropfes beschränkt. Ferner muß man möglichst Basedowschilddrüsen aus kropffreien und kropfreichen Gegenden zur Untersuchung heranziehen, da man sonst leicht zur Aufstellung eines einzigen Basedowkropftypus bezw. zur Ablehnung jedes Charakteristicums kommt. Die Ansicht, der Morbus Basedow sei histologisch stets nur durch die Form der diffusen parenchymatösen Struma mit Epithelhyperplasie charakterisiert, trifft nicht zu. Neben dieser typischen Form findet man vielmehr bei Basedow auch alle übrigen bekannten Kropfformen. Manches, was von anderen Autoren als charakteristisch für Basedowstruma angegeben wurde, wie z. B. Cirrhose, Sekretionsanomalien oder Follikelepithelien, Abplattung der Epithelien durch pralle Füllung mit Kolloid, Verminderung der Hauptzellen etc., lehnt Verf. ab, weil diese Anomalien auch bei einfachen Strumen vorkommen. Für pathognostisch bei Basedow hält Verfasser indessen folgende Abnormitäten, die er bei ca. 500 gewöhnlichen Strumen nie fand: Proliferation und Hyperplasie der Schilddrüsenbläschen und ihrer Epithelien und Verflüssigung des Kolloids; in der Mehrzahl der Fälle auch Vermehrung der lymphatischen Elemente. Alle diese Veränderungen finden sich nicht diffus, sondern nur herdweise.

Jedem anatomisch ausgesprochen positiven Falle entsprechen auch stets klinisch schwere Erkrankungen, welche als Ausdruck einer gesteigerten Tätigkeit der Schilddrüse sowohl betreffs Sekretion als Resorption aufzufassen sind („Hyperthyreoidosis" Kocher). Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **D. Kulenkampff** (Zwickau): **Zur Frühdiagnose der akuten Magenperforation.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 3.)

Verf. macht in der vorliegenden Mitteilung auf ein Frühsymptom der akuten Magenperforation aufmerksam, welches er in der Literatur nicht erwähnt gefunden hat, nämlich die frühzeitige Druckempfindlichkeit der Douglasschen Falte. Dieses Symptom fand sich schon in einem Falle, in welchem Verf. 3 Stunden nach eingetretener Perforation operieren konnte. Diese Druckempfindlichkeit wird durch rektale Untersuchung festgestellt. Bei dem betreffenden 20jährigen Manne fand sich bei der Laparotomie eine kaum stecknadelkopfgroße Perforation eines etwa markstückgroßen, sehr derben, nahe dem Pylorus an der kleinen Kurvatur sitzenden Ulcus der vorderen Magenwand. Nirgends Adhäsionen oder Verklebungen. Die Perforation wurde übernäht; da der Pylorus zu sehr verengt schien, wurde die Gastroenterostomie angeschlossen. Am dritten Tage nach der Operation wurde mit einer Lenhartzkur begonnen; schon am 17. Tage konnte der Patient entlassen werden. In diesem Falle war die Perforation bei leerem Magen erfolgt. Aus der sehr kleinen Perforationsöffnung entleerte sich nur wenig wässeriger Mageninhalt. Exsudat war zwischen den Darmschlingen nicht vorhanden. Nur in der direkten Umgebung und nach der Leberpforte zu wurden 20—30 ccm Flüssigkeit ausgetupft. Trotzdem war der Douglas schon druckempfindlich. — Dieses Symptom kann im Frühstadium jeder Perforationsperitonitis auftreten, jedoch bietet die Perforation der Vorderwand des Magens nach Verf. die günstigsten Vorbedingungen für das Zustandekommen dieser Druckempfindlichkeit. Möglicherweise wirkt auch der sauer reagierende Mageninhalt stärker reizend auf das Peritoneum als der alkalische Darmsaft. R. L.

Dr. **Hugo Friedrich**, Spezialarzt f. Verdauungskrankheiten in Berlin-Steglitz: **Beiträge zur Frühdiagnose der Carcinome des S romanum und der Ampulla recti.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 6.)

Die Frühdiagnose der Carcinome an der Flexura romana und dem oberen Teile des Rektums ist im wesentlichen erschwert durch die Topographie dieser Darmpartien, die durch ihre Lage im kleinen Becken sich der palpierenden Hand von den Bauchdecken und vom Rektum her in gleicher Weise entziehen. Sind die Tumoren erst so groß, daß man sie palpieren kann, so sind sie meist bereits zu groß für die Radikaloperation. Die Diagnose dieser großen Carcinome ist keine Frühdiagnose mehr; sie ist weder eine Kunst des Arztes noch ein Gewinn für den Patienten. Die klinischen Symptome, die sich einstellen, bevor diese Tumoren allzu groß sind: die hartnäckige Obstipation, die Blutbeimengung zu den Fäces, die Tenesmen, die Symptome der Stenose, der Ulceration und des Katarrhs, sind erstens nicht verschieden von Stenose, Ulceration und Katarrh aus anderen Ursachen, und dann sind sie keine Frühsymptome mehr, sondern zum Teil bereits Zeichen der regressiven Metamorphose, des Zerfalls. Dazu kommt, daß sie auch da, wo ihr sich allmählich und sicher entwickelndes Gesamtbild im Verein mit den sonstigen Krankheitserscheinungen die Diagnose Carcinom sichert, doch keine genaue örtliche Diagnose gestatten. Und die genau lokalisierte Diagnose ist notwendig für die chirurgische Behandlung. Eine ausgezeichnete Methode zur frühzeitigen Feststellung der Diagnose ist die Autoskopie des Rektums und der Flexur, die Prokto-Sigmoskopie. Sie gestattet uns eine Besichtigung der Schleimhaut des Enddarmes bis zu 30, ja 35 cm ab ano. Bei ca. 15 cm passiert die Spitze des Tubus schon die Linea innominata und überschreitet damit die Grenze des nicht palpierbaren Gebietes. Diejenige Partie des Sigma, die mit langem Mesenterium im kleinen Becken liegt, wird bei weiterem Vorschieben des Tubus emporgehoben und aufgestülpt wie ein Handschuhfinger. Man überblickt also die ganze Ampulla recti und mindestens den im kleinen Becken liegenden Teil des S romanum. Bei genügender Uebung und guter Technik braucht einem nicht die kleinste Rauhigkeit, Ulceration, Prominenz zu entgehen. Man sieht den entstehenden Tumor, man palpiert mit dem Tubus seine Konsistenz, kurz, man sieht die zu untersuchende Partie in idealer Weise vor sich. Dabei gestattet die große Weite des Tubus Probeentnahme kleiner Tumorpartikel mit der Albuschen Schlinge oder der Sultanschen Zange zu mikroskopischer Untersuchung. Im Material der Albuschen Klinik und Poliklinik fand Verf. seit Einführung dieser Untersuchungsmethode unter im ganzen 22 Fällen von Carcinom der Ampulla recti und des Sigma nicht weniger als 10, die im Sigmoskop entdeckt wurden. Die klinischen Symptome ließen an die Möglichkeit denken, die Sigmoskopie zeigte das Carcinom. Von diesen zehn Carcinomen sind acht operiert, von denen sieben geheilt und jetzt noch am Leben sind. Ein Patient ist gestorben, einer steht vor der Operation. Von den übrigen 12 — das sind also diejenigen, die erst in einem Krankheitsstadium kamen, in dem der Tumor bereits nach oben bis zur Palpationsmöglichkeit gewachsen war — sind sechs operiert und alle sechs sind in unmittelbarem Anschluß an die Operation gestorben; die übrigen sechs haben die Operation verweigert und dem Carcinom seinen Lauf gelassen. Also die Heilung der sieben Fälle ist ermöglicht durch ihre frühe Diagnose im Sigmoskop. Von den übrigen 15 hätte wohl mancher früher untersucht, erkannt und geheilt werden können. Es ist, schließt Verf., dem vielbeschäftigten Praktiker wohl kaum möglich, alle verdächtigen Fälle selbst zu sigmoskopieren, aber er soll bei Verdacht die Untersuchung durch den Spezialisten veranlassen. Und den Verdacht soll er haben bei Eintritt von Obstipation im Gegensatz zu früher normaler Darmentleerung, häufigen Tenesmen, hartnäckigen Kreuzschmerzen, Abgang von Blut und Eiter ohne oder mit Kotbeimischung, Blutungen außer der Defäkation. Die Bezeichnung von Blutabgang ex ano als Hämorrhoidalblutung ohne eingehende Untersuchung ist immer eine Nachlässigkeit des Arztes und wird oft zum Verhängnis für den Patienten.

Toxikologie.

Priv.-Doz. Dr. **Hans Eppinger**, klin. Assistent der 1. med. Klinik in Wien: **Zur Toxizität der Ameisensäure.** (Wiener klin. Rundschau, 1913, No. 4.)

Die vorliegende Beobachtung ist wert, veröffentlicht zu werden, weil sie geeignet ist, bei dem Gebrauche von Ameisensäure mehr zur Vorsicht zu mahnen. Verf. beschäftigte sich mit der Paarung von Kohlehydraten und Fettsäuren im menschlichen Körper, nachdem er sich zuerst an Tierversuchen über die Möglichkeit einer solchen Bildung orientiert hatte. Er und seine Mitarbeiter nahmen neben entsprechenden Zuckerarten Ameisensäuresalze. Sie aßen durchschnittlich neben ca. 30 bis 40 g Kohlehydraten täglich 3 bis 4 g Natriumformiat. Während zwei von ihnen dies anstandslos vertrugen, bekam ein Mitarbeiter, der vorher nicht die geringsten Veränderungen am Harn zeigte, am dritten Tage Albuminurie. Selbstverständlich wurde sofort mit der Darreichung des ameisensauren Salzes ausgesetzt. Tags darauf zeigte der Harn auch leichte Hämaturie. Da die roten Blutkörperchen in Form von Zylindern ausgeschieden wurden, war an der Möglichkeit einer renalen Reizung im Sinne einer akuten Nephritis nicht zu zweifeln. Zum Glück schwanden die Albuminurie und die Hämaturie binnen fünf Tagen wieder vollständig. Als Verf. sich anläßlich dieser Beobachtung näher mit der Literatur der Toxizität der Ameisensäure beschäftigte, sah er, daß über diesen Gegenstand schon zahlreiche Beobachtungen existierten. Speziell durch Untersuchungen von Meyer und Pohl war festgestellt worden, daß Ameisensäure im Organismus des Tieres sehr

schlecht verbrannt wird und daß die gelegentlich zu beobachtenden Nierenschädigungen mit der Ausscheidung des unveränderten Formiates in Zusammenhang stehen. Da von anderer Seite ganz gegenteilige Angaben über diesen Gegenstand bestehen, so prüfte Verf. diese Frage von neuem an Tieren, was zu dem Ergebnis führte, daß in der Tat die Ameisensäure im tierischen Organismus nicht vollständig zerstört wird: $^1/_5$ bis $^1/_6$ der eingeführten Substanz verläßt wiederum den Organismus durch den Harn. Da Ameisensäure auf das Gewebe eine ätzende Wirkung zeigt, so ist anzunehmen, daß bei evtl. auftretenden Nephritiden die Konzentration des Harnes an Ameisensäure eine Rolle spielt. Es ist möglich, daß durch eine reichliche Nierenspülung die schädliche Wirkung der durch die Harnwege fließenden Ameisensäure bis zu einem gewissen Grade parallelisiert werden kann. Jedenfalls lehrten die experimentellen Untersuchungen und auch die Beobachtung am Menschen, daß bei der Zufuhr von Ameisensäure große Vorsicht geboten ist. Kr.

Psychiatrie.

San.-Rat Dr. **A. Mercklin**, Direktor der Provinzialheilanstalt in Treptow a. Rega: **Aerztliche Bescheinigung über geistige Krankheit oder Gesundheit.** (Mediz. Klinik, 1912, No. 49.)

Die Ausstellung von Attesten über Geisteskrankheit oder geistige Gesundheit gehört bei vielen praktischen Aerzten zu den am wenigsten beliebten Pflichten. Es ist dies verständlich, da die Psychiatrie für die meisten Aerzte ein fernliegendes Gebiet bleibt. Sie wird auch als ein besonders schwieriger Teil der medizinischen Wissenschaft angesehen, weil die Entwicklung der psychischen Krankheiten aus dem gesunden Geistesleben und die Symptomatologie der voll entwickelten Psychosen ohne einen gewissen Besitz von psychologischen Kenntnissen nicht voll erfaßt werden kann. Auch die Therapie bleibt schwierig, weil sie hier ohne Kenntnis der sogenannten psychischen Behandlungsmethode nicht geleistet werden kann und diese Behandlungsmethode den Praktikern in ihrer großen Bedeutung meist nicht gewürdigt und deshalb auch nicht planmäßig erlernt wird. Sollen Bescheinigungen auf psychiatrischem Gebiete ausgestellt werden, so sieht sich der praktische Arzt zudem viel mehr als bei seinen sonstigen Attesten der Kritik und dem Widerspruch ausgesetzt. Denn während sonst das Untersuchungsergebnis des Arztes wie ein feststehender Schiedsspruch geachtet wird, redet auf dem Gebiete der Seelenstörung bekanntlich jedermann mit und glaubt auf Grundlage des Augenscheines und des sogenannten „gesunden Menschenverstandes“ seine eigene Meinung haben und vertreten zu dürfen.

Sind so die Verhältnisse schon schwieriger als bei anderen Attesten, so kommt noch hinzu, daß die Herren Kollegen sich infolge Unkenntnis der einschlägigen Bestimmungen die Arbeit bei derartigen Bescheinigungen vielfach selbst erschweren. Hier können einige Hinweise wohl dazu beitragen, daß bei präziser Fragestellung die einschlägigen Atteste sich einfacher erledigen lassen und Verf. bespricht daher diejenigen psychiatrischen Atteste, um welche der praktische Arzt am häufigsten angegangen wird. Das sind zunächst die zur Aufnahme in Irrenanstalten erforderlichen Bescheinigungen. Bei diesen Aufnahmeattesten handelt es sich um Bescheinigungen positiven Inhalts. Ihnen stehen die bei besonderen Gelegenheiten erforderlichen Atteste mehr negativen Inhalts gegenüber, in welchen behauptet wird, daß Zeichen von Geistesstörungen nicht vorliegen. Sie verdienen ebenfalls gerade im Kreise der Praktiker besprochen zu werden.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **O. Roepke** (Eisenbahnheilstätte Stadtwald-Melsungen): **Erfahrungen mit Mesbé bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Verf. berichtet über 21 Fälle teils von reiner Lungentuberkulose, teils von mit Kehlkopftuberkulose kombinierter Lungentuberkulose, welche er mit Mesbé behandelt hat. Das Mittel kam meist in Form der Inhalationskur und der Trinkkur zur Anwendung; bei der ersten wird 1 g Mesbéextrakt in 50 g Wasser, bei der letzteren in 100 g Wasser gelöst. Bei tuberkulösen Geschwüren des Kehlkopfes wurde Mesbé verdünnt oder unverdünnt, außerdem lokal nach vorheriger Anästhesierung des Kehlkopfeinganges mit 10 proz. Kokainlösung, des Kehlkopfinnern mit 20 proz. Alypinlösung auf die ulcerierten Stellen appliziert. Mit wenigen Ausnahmen war der Erfolg negativ. Mesbéinhalationen und Mesbétrinkkuren versagten bei Lungentuberkulose vollständig. Auch die lokale Mesbéanwendung bei Kehlkopftuberkulose brachte keine Besserung, bedingte vielmehr häufig subjektive und objektive Verschlechterungen. Verf. erklärt daher das Mesbé in der Therapie der Tuberkulose als wertlos. R. L.

Dr. **B. Hildebrand** (Freiburg i. Br.): **Ein Beitrag zur Behandlung der Erkrankung an Oxyuris vermicularis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. beschreibt eine einfache Behandlungsmethode der Oxyurenkrankheit. Bekanntlich entwickeln sich die Oxyuren aus den durch den Mund in den Magen-Darmkanal gelangten Eiern im Darm. Die befruchteten Weibchen setzen dann ihre Eier entweder im Darm ab oder sie verlassen ihn durch den After, in dessen Umgebung sie die Eier ablegen. Von dort gelangen die Eier wieder durch die Hände des Wurmträgers in dessen Mundhöhle und so findet ein ständiger Kreislauf statt. Im Darm selbst entwickeln sich aus den dort abgesetzten Eiern keine Würmer; sie gehen mit dem Kot ab und können dann ebenfalls in der Umgebung des Afters haften bleiben. Wird die Uebertragung der Eier vom After zur Mundhöhle verhindert, so erlischt die Krankheit mit dem Absterben der Würmer im Darm auch ohne die Anwendung innerer wurmtötender Mittel oder Klistiere. Daher reicht oft peinlichste Sauberkeit (Reinigen der Hände, besonders auch der Fingernägel, vor dem Essen etc.) allein zur Beseitigung des Leidens aus. Im allgemeinen ist es aber schwer, die Verschleppung von Eiern vom After auf die Hände während des Schlafes usw. sicher zu verhüten. Das Sicherste ist, die Eier und Würmer direkt beim Austritt aus dem Darm abzutöten. Verf. hat zu diesem Zwecke eine Salbe sehr zweckmäßig befunden, die als wurmtötende Bestandteile Kampfer, Chinin und Thymol enthält. Diese Salbe wird von Apotheker Houben in Emmendingen hergestellt und als Ung. Chinin. camphorat. compositum (Vermiculin) in Tuben in den Handel gebracht. Die Anwendung ist folgende: Morgens und abends, womöglich nach dem Stuhlgang, werden der After und seine Umgebung gründlich, am besten mit Wasser und Seife, gereinigt. Darauf wird ein erbsen- bis kirschgroßes Stück Salbe auf die gereinigten Stellen aufgestrichen. Nach jedem Stuhlgang ist die Prozedur zu wiederholen. Vor jeder Mahlzeit sind die Hände einschließlich der Fingernägel gründlich zu reinigen. Diese Maßnahmen müssen 2—3 Wochen täglich fortgesetzt werden.

E. Härtel (Breslau): **Salvarsan bei Chorea gravidarum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Verf. berichtet über einen Fall von schwerer Chorea gravidarum, in welchem, nachdem die sonst übliche Therapie ohne Erfolg angewendet worden war, Salvarsan 0,5 intravenös gegeben wurde. Die Injektion mußte wegen der großen Unruhe des Patienten in Narkose gemacht werden. (Wa.-R. negativ.) Vom 4. Tage nach der Injektion an trat Besserung ein; nach 14 Tagen war die Heilung fast vollständig.

Dr. **Elise Eichmann** (Osnabrück): **Schwangerschafts-Toxikodermien durch Ringersche Lösung geheilt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Verf. berichtet über drei Fälle, in denen bei Jucken resp. juckenden Ekzemen von Schwangeren durch Injektion von Ringerscher Lösung Heilung erzielt wurde. Die Zusammensetzung der Lösung ist folgende:

Natr. chlorat.	1,8
Calc. chlorat.	0,048
Kal. chlorat.	0,084
Natr. bicarbonic. . .	0,06
Aq. destill. . . ad.	200

Von dieser Lösung werden jedesmal 150—200 ccm mittels einer 100 ccm fassenden Spritze in die Glutäalmuskulatur injiziert. Die Injektion ist in einigen Minuten vollendet und verursacht keine erheblichen Beschwerden. Die subjektiven Beschwerden besserten sich in allen 3 Fällen prompt nach der Injektion, und auch die objektiven Krankheitserscheinungen gingen deutlich zurück. In allen 3 Fällen erfolgten im Laufe der Beobachtung normale Partus. Neben den Injektionen bekamen die Frauen streng vegetarische Diät, in der Erwägung, daß die Schwangerschaftstoxikosen, speziell die Toxikodermien, zum großen Teil auf alimentäre Intoxikationen zurückzuführen sind. R. L.

Dr. **O. Burwinkel** (Bad Nauheim): **Nitroglyzerin gegen Seekrankheit.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 29.)

Verf. versuchte auf seiner letzten Ozeanreise aus dem Gesichtspunkt, daß es sich bei der Seekrankheit um einen vasomotorischen Gefäßkrampf und Anämie des nervösen Zentralapparates handele, das Nitroglyzerin, dessen gefäßerweiternde Wirkung allbekannt und speziell bei Angina pectoris geschätzt ist. Die seekranken Passagiere nahmen je nach Bedarf einen Eßlöffel von folgender Lösung: Rp. Solut. alcohol., Nitroglyzerin (1 proz.) gtt. 20, Aq. dest. 150,0. Die unangenehmen Symptome der Seekrankheit wurden dann auch schnell und auffallend gebessert. Allerdings mußte öfter von der Medizin genommen werden. Eine noch größere Wirkung verspricht Verf. sich vom Amylnitrit, von dem man zur Einatmung einige Tropfen auf ein Taschentuch gießt. Kr.

Therapie mit bakteriellen Präparaten.

Dr. **Georg Wolfsohn** (Berlin): **Ueber eine Modifikation des Staphylokokkenvaccins.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. benutzt zur Vaccinationstherapie der Staphylokokkenerkrankungen neuerdings eine Kombination von Kulturfiltraten und abgetöteten Kokken, welche nach seinen Angaben in folgender Weise hergestellt wird: 3—4 Tage alte Agar-Reinkulturen von Staphylokokken verschiedenster Herkunft (von Furunkeln, Akne, Ekzemen, Osteomyelitis) werden in steriler physiologischer Kochsalzlösung (5 ccm Lösung auf eine Agarkultur) aufgeschwemmt. Die Aufschwemmung bleibt 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen und wird während dieser Zeit öfter geschüttelt; dann wird zentrifugiert. Die obere Flüssigkeit, in welche die toxischen Substanzen übergegangen sind, wird durch ein Bakterienfilter keimfrei filtriert; nach Zusatz von 0,25 pCt. Lysol bleibt das Filtrat 24 Stunden lang bei Zimmertemperatur stehen. Die unten abgesetzten Kokkenleiber werden mit physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt, gut durchgeschüttelt und eine Stunde lang bei 60° abgetötet. Die Bakterienemulsion wird derart verdünnt, daß 1 ccm derselben 1000 Millionen Kokken enthält. Zusatz von 0,25 pCt. Lysol. Das Filtrat und die Kokkenaufschwemmung werden zu gleichen Teilen gemischt. 1 ccm der Mischung enthält dann 500 Millionen Kokken und 0,5 ccm Kulturfiltrat. Das Vaccin muß kühl aufbewahrt werden; es hält sich dann 4—6 Monate. Man beginnt bei der Behandlung mit 0,1 ccm des Vaccins. Die Injektionen werden intramuskulär oder subkutan ausgeführt, wenn möglich, peripherwärts von der erkrankten Stelle, sonst am Oberschenkel oder über den Glutäen. Besonders bei chronischen Ekzemen und Furunkulose waren die Erfolge gut. Nach den ersten Einspritzungen entstehen fast regelmäßig Infiltrate, diffuse Rötungen oder abgegrenzte Erytheme. Diese Reaktionen gehen meist nach 12—48 Stunden zurück. Sonst sah Verf. keine üblen Nebenwirkungen.

Dr. **Ludwig Zweig** (Dortmund): **Die Behandlung der Furunkulose und der Sycosis coccogenes mit dem Staphylokokkenvaccin „Opsonogen".** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der von der Chemischen Fabrik Güstrow in den Handel gebrachten Staphylokokkenvaccine „Opsonogen" bei Furunkulose und bei der Sycosis coccogenes. Das Präparat wird in zwei Stärken in den Handel gebracht, von denen die eine 100 Millionen, die andere 500 Millionen Bakterien pro Ampulle enthält. Bei der Furunkulose beobachtet man nach den ersten Injektionen schon eine deutliche Reaktion, in der Weise, daß das Gewebe um den ausgebildeten Furunkel anfangs eine Schwellung zeigt, die aber nach kurzer Zeit wieder zurückgeht; der Pfropf kommt dann sehr bald zur Abstoßung, so daß er leicht mit der Pinzette herausgehoben werden kann. Oder das kranke Gewebe kommt zur Einschmelzung und der Furunkel fällt gleichsam in sich zusammen. Diesen Vorgang beobachtet man besonders bei kleineren Furunkeln und entzündeten Follikeln. Die bei der chronischen Furunkulose während der Behandlung neu auftretenden Furunkel gelangen meist nicht zur Ausbildung, sondern verschwinden bald nach ihrem Entstehen; sie trocknen ein. Die Erfolge bei der Sykosisbehandlung, besonders wenn diese Krankheit schon mehrere Jahre besteht, sind anfangs nicht so ermutigend, doch bei längerdauernder energischer Behandlung lassen sich auch hier gute Resultate erzielen. Zunächst kommt es zur Einschmelzung der tief im Gewebe liegenden knotigen Infiltrate, dann verschwinden allmählich die sich immer neu bildenden Follikelentzündungen und kleinen Abscesse, und schließlich vergeht die Röte der Haut und die normale Farbe kommt zum Vorschein. Die Schmerzhaftigkeit der entzündeten Haut läßt schon nach wenigen Injektionen nach. Zweckmäßig kombiniert man nach Verf. die Opsonogentherapie mit einigen Röntgenbestrahlungen. Man beginnt gewöhnlich mit einer Injektion von 50 Millionen und steigert, wenn nötig, die Dosis bis auf 500 Millionen Opsonogen. Die Injektionen werden subkutan gemacht, am besten in die Haut zwischen den Schulterblättern. R. L.

Prof. Dr. **Max Joseph** (Berlin): **Die Wassermannsche Histopintherapie in der Dermatologie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Um die Zellen der Haut zur Produktion von Antikörpern gegenüber den Staphylokokken anzuregen, stellte A. v. Wassermann ein Staphylokokkenextrakt her, dem er als Schutzkolloid verdünnte Gelatinelösung hinzusetzt. Diese Substanz, Histopin, ist völlig steril und ohne jede reizende Nebenwirkung. Auch eine Histopinsalbe wurde hergestellt. Günstige Erfahrungen mit der Histopintherapie hatte zunächst Ledermann bei der Impetigo contagiosa, der Impetigo Bockhart, Follikulitiden und der Furunkulose. Verf. selbst berichtet in der vorliegenden Arbeit über seine Erfahrungen. Was zunächst die Furunkulose anlangt, so verwendet Verf. hierbei die Histopingelatine vor allem zur Verhütung neuer Eruptionen. Es werden zweimal täglich mehrere Tropfen, etwa 1 ccm, der Histopingelatine aufgeträufelt und in möglichst großer Ausdehnung mittels reiner Watte über die Haut des affizierten Körperteils verteilt. Diese Behandlung ist mindestens 14 Tage fortzusetzen, worauf 8 Tage lang nur noch einmal abends das Auftragen der Histopingelatine erforderlich ist. Was die kurative Wirkung der Histopinsalbe bei der Furunkulose anlangt, so kann natürlich, wenn es bei einem Furunkel zu einer richtig ausgebildeten Nekrose gekommen ist, keine Salbe mehr nützen; hier kommt nur die übliche chirurgische Therapie (Saugglocke, Inzision) in Betracht. Wo es aber nur zur oberflächlichen Eiterung und geringgradiger Infiltration gekommen ist, bei der Impetigo simplex (Bockhart), bei den oberflächlichen Follikulitiden, da spielt nicht nur die immunisierende, sondern auch die heilende Eigenschaft des Histopins eine bedeutende Rolle. Allerdings kommen auch Versager vor, und zwar in den Fällen, wo die Erkrankung durch Streptokokken bedingt ist, was man dem einzelnen Fall klinisch ja nicht ansehen kann. Man wird also in jedem Fall, wo es nicht bald zur Heilung kommt, die mikroskopische Untersuchung vornehmen müssen, um zu entscheiden, ob die Histopintherapie fortgesetzt werden soll. Das gleiche gilt für die Impetigo contagiosa. Allerdings versagt hier die Histopinsalbe viel seltener. Von der immunisierenden Wirkung der Histopinsalbe konnte Verf. sich stets überzeugen, aber ebenso auch von ihrer kurativen Wirkung. Er empfiehlt deshalb, wo man mit der 10 proz. weißen Präzipitatsalbe nicht zum Ziele kommt, die Histopinsalbe anzuwenden. Man wird stets einen prompten Erfolg erzielen. Besonders ist hier die Impetigo contagiosa annularis zu nennen. Auch bei Pemphigus vulgaris hat die Histopingelatine eine lokale immunisierende Wirkung. Dagegen hat die Histopinsalbe hierbei nur einen kurativen Wert zur Unterstützung der sonstigen Therapie. — Ferner bewährt sich das Histopin für gewisse Formen und Stadien des Ekzems, und zwar bei denjenigen chronischen Ekzemen, besonders an den Händen, wo aus unbekannten Gründen plötzlich eine akute Exazerbation mit allen Anzeichen einer reaktiven Entzündung und auf beschränkten Herden gruppenweise oberflächliche Eiterpusteln auftreten, und zwar zur Verhütung der Ausbreitung des Ekzems die Histopingelatine und zur Abheilung die Histopinsalbe. Verf. läßt häufig in solchen Fällen bei Tage Resorcinumschläge, bei Nacht Histopinsalbe verwenden und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. — Bei vielen Lippenekzemen unbekannter Aetiologie, besonders bei Personen mit sehr trockener, leicht platzender Haut, bewirkte die Histopinsalbe schnelle Abheilung. Eine ganze Reihe von perionychialen Ekzemen ferner konnte mittels der Histopingelatine in der weiteren Ausbreitung aufgehalten und mit der Histopinsalbe zur Abheilung gebracht werden. Auch in einigen Stadien der Acne vulgaris ist nach Verf. das Histopin zu empfehlen, und zwar nicht bei Comedonen und der Acne indurata, dagegen in den Fällen, wo mitunter ganz akut Aknepusteln aufschießen. Bei der Acne varioliformis ist das Histopin sowohl prophylaktisch wie therapeutisch allen bisherigen Heilmitteln überlegen. Endlich scheinen auch bei der Blepharitis ciliaris die Histopinpräparate Gutes zu leisten. R. L.

Physikalisch-diätetische Therapie.

Oberstabsarzt a. D. Dr. **Schurig** (Berlin): **Zur Behandlung von Herzneurosen.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 52.)

Verf. erörtert einige Behandlungsmethoden, die sich ihm recht oft als nutzbringend bewährt haben. In erster Linie bevorzugt er die Hochfrequenzbehandlung. Freilich, sagt er, liest und hört man, daß diese Ströme von derartigen Kranken nicht vertragen werden, ja sogar nicht unerhebliche Verschlimmerungen hervorbringen können. Für die Hochfrequenzbehandlung, wie sie bisher im allgemeinen geübt wurde, kann Verf. dieses abfällige Urteil durchaus bestätigen. Denn sie wird meist rein schematisch und viel zu stark vorgenommen und wird oft genug dem ärztlichen Hilfspersonal überlassen. Nach Verfassers Erfahrung ist genaueste Dosierung und Individualisierung unbedingt erforderlich, wenn man gute Erfolge haben will. Er benutzt den doppelpoligen Hochfrequenztransformator von Reiniger, Gebbert und Schall und hat sowohl an der Funkenstrecke wie an den beiden Scheiben Marken gezeichnet, nach denen die Stromstärke bei jedem einzelnen Patienten genau vermerkt wird. Man muß nun, am besten im Dunkeln, an einem Apparat ausprobieren, bei welcher Stellung der Funkenstrecke und bei welchem Scheibenstande es gerade noch gelingt, Funken bei der Versuchsperson nachzuweisen. Zu Beginn der Behandlung rät Verf. die schwächsten Ströme zu verwenden und anfänglich nur wenige Minuten zu behandeln und erst dann, wenn die Behandlung nicht aufregend wirkt, allmählich zu steigern. Man wird dann bald das Optimum bezüglich der Stärke des Stromes wie der Behandlungsdauer finden und kann als Leitstern für die Behandlung die Einwirkung auf den Schlaf ansehen. Es ist in einer großen Anzahl von Fällen geradezu erstaunlich, wie schnell und sicher es gelingt, den schon lange unruhigen und ungenügenden Schlaf zu bessern.

DIGIFOLIN Marke „CIBA"

Neues Digitalisblätter-Präparat, **das die gesamten therapeutisch wirksamen Glykoside** der Folia Digitalis, **also vor allem Digitoxin und Digitalein (bezw. Gitalin)** im natürlichen Mischungsverhältnis enthält.

Frei von schädlichen (die Schleimhäute reizenden) **Nebensubstanzen.**

1 Digifolintablette — 1 ccm Digifolinampulleninhalt — 0,1 g Digifolin. cum Saccharo 1 : 100
entsprechen an Wirkungswert 0,1 g Folia Digitalis titr.

Handelsformen:

Digifolin-Tabletten, Marke „Ciba"
1/1 Orig.-Glas (25 Tabl.) (M. 2,—)
1/2 „ „ (12 Tabl.) (M. 1,—)
3—5 mal täglich 1 Tablette.

Digifolin-Ampullen, Marke „Ciba"
Orig.-Kartons zu 2 Ampullen (M. 1,20), 5 Ampullen (M. 2,—) und zu 20 Ampullen zu subkutanen und intravenösen Injektionen.

Digifolin. cum Saccharo 1 : 100, Marke „Ciba"
Orig-Gläser von 10 und 50 g, zur Rezeptur von Pulvern und Lösungen.

Konstant in der Wirkung.



Haltbar.

Muster und Literatur kostenlos.

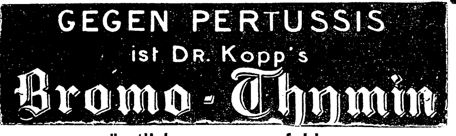


Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel

Pharmazeutische Abteilung

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Proben auf Verlangen



ärztlich warm empfohlen

Bromsalze 5, Syrup, Thymi comp. 200, Bromoform 0,50. Flasche 1,50 M.

Dr. Ad. Kopp, Straßburg i. Elsaß.

Proben auf Verlangen



Nucleogen

Eisennucleinat mit Arsen

Jede Tablette enthält: Fe. 0,008; P. (organisch gebunden) 0,004; As. 0,0012.

Kakodyl-Injektionen Marke „Ha-eR" (HR)

Absolut chemisch rein!

Natriumkakodylat Marke „Ha-eR" (HR)
Ferrikakodylat „ „Ha-eR" (HR)
Methyldinatriumarseniat „ „Ha-eR" (HR)
Kartons à 20 Phiolen à 1 ccm (5% Lösung) **3,50 Mk.**

Im Autoclaven sterilisiert!

Phagocytin
(Nucleins. Natrium)
Im Autoclaven sterilisierte 5% Lösung in Ampullen à 1 ccm.

Aseptisches Nähmaterial
nach Prof. Dr. Karewski
Ständ. Kontrolle durch Prof. Dr. Leonor Michaelis.
Aseptisch — Dauernd steril.
Gebrauchsfertig in zugeschmolzenen Glasröhren.

Fulmargin
Durch elektr. Zerstäubung hergest. colloidale Silberlösung in Ampullen à 5 ccm.

Ausführliche Literatur sowie Proben stehen gern zu Diensten.

Physiolog.-chemisches Laboratorium

Berlin-Charlottenburg 4 **HUGO ROSENBERG G. m. b. H.** Wilmersdorferstr. 52

ELEPTIN

Hilfsmittel zur Behandlung von
Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Chorea, Krämpfen, Erregungszuständ., Nervosität

Glas mit 100 Tabletten à 1 g **4,50 M.** Kassenpackung mit 20 Tabletten **1,—** M.

Jede Tabl. enthält: Cerebr. 0,01, Piperaz 0,006, Zinc. oxydat. 0,01, Phenac. 0,02, Sulfonal 0,01, Sal. physiol. 0,244, Natr. brom. 0,2, Kal. brom. 0,3.

Versuchsmaterial gratis. Referate, Prospekte, Gutachten durch

Laboratorium für Therapie, G. m. b. H., Dresden 58.

Ist der Schlaf fester und ruhiger geworden und hat sich das Allgemeinbefinden gebessert, dann kann man mit einer vorsichtigen Herzbehandlung nach Rumpf beginnen, auch hier streng individualisierend und Erregungen des Herzens vermeidend. Treten letztere ein, dann muß man auch hier sie erst abklingen lassen, bevor man weiterbehandelt.

Zweitens weist Verf. auf eine systematische Atemgymnastik hin, evtl. verbunden mit Freiübungen. Von der Art der Ausführung, die von Fall zu Fall bestimmt wird, erwähnt Verf. nur folgende: Rückenlage, Oberkörper frei und unbehindert. Es folgen zuerst fünf tiefe und ruhige Ein- und Ausatmungen, dann nach einer kleinen Pause von ein bis zwei Minuten werden diese fünf Ein- und Ausatmungen wiederholt, jedoch mit der Abänderung, daß auf der Höhe der Einatmung wie am Ende der Ausatmung eine kleine Pause eingeschoben wird.

Diese Atmung vermag die gesteigerte Pulszahl um vier bis sechs, ja bis zehn und mehr Schläge herabzusetzen. Und läßt man etwa nach fünf bis zehn Minuten diese Atmung wiederholen, dann gelingt oft eine weitere Verminderung der erhöhten Pulszahl. Sehr empfehlenswert in geeigneten Fällen ist die von Rumpf angegebene Zwerchfellatmung, die darin besteht, daß bei der Einatmung der obere Teil des Brustkorbes festgehalten wird, während das Zwerchfell nach unten tritt und das Herz von den es bedrängenden Organen befreit. Wird diese Atmung gut ausgeführt, dann wird ein nicht unerheblicher Druck auf die Baucheingeweide ausgeübt, der als Nebenwirkung die Beförderung des Stuhlganges zur Folge hat.

Weiter rät Verf. bei allen Herzneurosen eine genaue Untersuchung der Schilddrüse an. Er verfügt jetzt über drei Fälle von hochgradig nervösen Frauen, bei denen die sonst üblichen Mittel völlig versagten und bei denen die Schilddrüse nur in ganz geringem Grade vergrößert war, ohne daß sonst Zeichen von Morbus Basedowii bestanden. Bei allen dreien hat die Röntgenbehandlung (eine Erythemdose auf zwei oder drei Sitzungen verteilt) einen ausgezeichneten Erfolg erzielt. Die Frauen wurden ruhiger, arbeitsfähiger und verloren fast alle ihre Beschwerden.

Zum Schluß weist Verf. darauf hin, daß bei Herzneurose Ruhe und Liegekur viel energischer empfohlen werden sollte, als es im allgemeinen geschieht. Kr.

Dr. **Max Klotz**, Arzt am Kinderheim Lewenberg und Spezialarzt f. Kinderkrankheiten in Schwerin: **Zur Frage der Diurese.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 3.)

Verf. wendet sich gegen Prof. Mayor (Genf), der die diuretische Wirkung des Milchzuckers in Abrede stellt, indem er zunächst auf Versuche von Brodzki hinweist, welche die Fähigkeit des Milchzuckers, die Harnmenge zu erhöhen, deutlich beweisen. Auch den Pädiatern, sagt er weiter, ist die mild diuretische Eigenschaft der Laktose nicht unbekannt. Mayor bezeichnet ferner die Gemüsekost als hervorragendes Diureticum. Verf. hat dagegen bei der Behandlung enuresiskranker Kinder die Gemüsekost benutzt, um gewissermaßen den Abstrom des Wassers von den Nieren fort auf den Darm zu leiten. Wir wissen ja, sagt Verf., welche enormen Kotmengen von Vegetariern entleert werden und wie groß der Wassergehalt derselben ist. Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei Diabetikern, die auf vegetarische Diät gesetzt werden, der quälende Durst gemildert wird und die Polyurie stark abnimmt beziehungsweise schwindet. Die vegetarische Diät ist also ein ausgezeichnetes Mittel, den intermediären Wasserstoffwechsel auf den Darm umzuschalten. Es ist Verf. wohlbekannt, daß einige Obstarten diuretisch wirken, aber die reine Gemüsekost vermag er keineswegs als Diureticum zu bezeichnen. Kr.

Technisches.

Dr. **Gustav Baer** (Davos-Platz): **Das Perkussionsquantimeter.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. hat einen kleinen Apparat konstruiert, welcher die quantitative Messung des Perkussionsschalles ermöglichen soll. Das Instrument, das Verf. Perkussionsquantimeter nennt, ist ein modifizierter, mit Meßskala versehener Goldscheiderscher Griffel. Er ist mit einem Hartgummigriff zum Halten versehen und vorne rechtwinklig gekrümmt; der kurze Schenkel des Winkels vorne beträgt 4 cm, der lange Schenkel 15 cm. Die Fläche, mit der das Instrument auf den Thorax aufgesetzt wird, beträgt ½ qcm, der Durchmesser des Glasstabes 1 cm; der längere Schenkel ist nach Zentimetern geteilt. Der Apparat wird folgendermaßen angewendet: Man setzt ihn mit festem Druck auf die Brustwand auf; der längere Teil des Glasstabes muß parallel zur Brustwand stehen, der Handgriff ruhig und fest gehalten werden. Man klopft nun, beginnend an der Marke 0 an der rechtwinkligen Biegung des Glasstabes, mit kurzen, leisen, gleichmäßigen Schlägen mit dem Mittelfinger der anderen Hand auf dem Glasstab. Wenn der Lungenbefund normal ist, hört man dabei den charakteristischen Schall. Man entferne sich nun mit dem klopfenden Mittelfinger mehr und mehr von der Marke 0 nach hinten, dem Handgriff zu. Man kann dann bei gesunder Lunge bis zum Ende Lungenschall erzeugen, wenn er auch nach hinten leiser wird. Liegt dagegen ein Infiltrat an einer Stelle der Lunge vor, so wird der Lungenschall schon eher erlöschen. Man liest nun am Glasstab ab, an welcher Stelle dies erfolgt. Zur Kontrolle perkutiert man nochmals, vom Handgriff ausgehend, und markiert die Stelle, wo der Lungenschall wieder beginnt. Das arithmetische Mittel aus beiden Zahlen nimmt man als Maßzahl für den Perkussionsschall. Erhält man bei leiser Perkussion keinen Lungenschall mehr, so wird man in derselben Weise mittelstarke resp. starke Perkussion anwenden und die entsprechenden Werte aufschreiben. Es hat sich ergeben, daß Tympanie im allgemeinen bei leiser Perkussion gegenüber einer an gleicher Stelle vorhandenen Dämpfung zurücktritt und daß speziell die Kavernentympanie oft nur bei stärkerer Perkussion sich deutlich abgrenzt und dann am Quantimeter nur über ganz kurze Strecken, meist nur wenige Zentimeter, sich erstreckt. In vielen Fällen läßt sich auf diese Weise eine Caverne sehr genau herausperkutieren. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März 1913.

Vor der Tagesordnung:

Herr **M. Mosse** demonstriert eine Patientin mit chronischer Hautatrophie der Beine und Anämie, Oligochromämie, Milztumor, d. i. **Bantischer Krankheit.**

Tagesordnung:

Ueber seltene Formen von Blutungen im Tractus gastrointestinalis.

Herr **E. Stadelmann:** Zu den seltenen Formen von Gastrointestinalblutungen gehören in erster Linie die Blutungen aus geplatzten Varicen, wofür Vortr. einige von ihm beobachtete Fälle anführt. 1. Ein 35 jähriger, bis dahin stets gesunder Maurer erbrach zwei Tage hintereinander größere Mengen Blut. Im Krankenhause wiederholte sich das Blutbrechen noch zweimal; beim zweiten Male starb Pat. im Kollaps. Die Obduktion deckte als Quelle der Blutung einen geplatzten Varix unbekannter Aetiologie in der Nähe der großen Magenkurvatur auf. 2. Ein 73 jähriger Mann wird im Kollaps in das Krankenhaus gebracht, wo er alsbald stirbt. Die Sektion ergab geplatzten Magenvarix und Sanduhrmagen, zwischen denen ein Zusammenhang wohl nicht besteht. 3. Magenvaricen wurden auch bei der Obduktion eines an anderer Krankheit gestorbenen 55 jährigen Arbeiters als Nebenbefund erhoben. Zu Blutungen hatten sie in diesem Falle nicht geführt. Die Aetiologie dieser Varicen ist noch nicht aufgeklärt. Im Darme kommen zwei Gruppen von Varicen zur Beobachtung, submuköse und subseröse, multiple, kleine, höchstens erbsengroße Venenerweiterungen und isolierte größere Varicen. (Demonstration einschlägiger anatomischer Präparate.)

Weiter demonstriert Vortr. eine Reihe anatomischer Präparate, die Beispiele für Blutungen anderer Ursache im Tractus intestinalis sind. In dem Jejunum einer 61 jährigen Frau, die an Schwäche infolge chronischer Magen-Darmkatarrhe gestorben war, fanden sich zwei Geschwüre, deren eines ein aneurysmatisches Gefäß arrodiert hatte. Blut im Stuhl kann also, wie in diesem Falle, als bloßer Nebenbefund beobachtet werden. An einem anderen Falle wird der Durchbruch einer verkästen Lymphdrüse in Oesophagus und Aorta demonstriert; Pat. ist unter den Erscheinungen einer inneren Blutung zugrunde gegangen. Aehnlich war das Ende in einem Falle, wo ein Oesophaguscarcinom in die Aorta durchbrach. Ganz anders liegt der Fall eines 24 jährigen Dienstmädchens, das mit den Zeichen schwerster innerer Blutung ins Krankenhaus aufgenommen wurde; aus dem After entleerte sich flüssiges Blut, die Scheide war frei. Bereits einen Tag später Exitus. Die Sektion deckte einen großen retroperitonealen blutreichen Absceß auf, der ins Jejunum durchgebrochen war. Das Blut hatte seinen Ursprung in einem arrodierten Aneurysma der Arteria iliaca sinistra. Ferner bespricht Vortr. einen Fall von syphilitischem Ulcus ventriculi, der operativ geheilt wurde, und einen Fall von Lungensyphilis mit schwieliger Mesaortitis, in dem sich im peripleuralen Gewebe ein Absceß bildete, der in den Oesophagus und die Aorta durchbrach und so zum Exitus unter dem Bilde der intestinalen Blutung führte. Hier anzuschließen ist ein Fall von Verblutung durch Arrosion eines Aneurysma bei einem Gastroenterostomierten. Daß sich in manchen Fällen die Quelle der tödlichen Blutung nicht mit Sicherheit eruieren läßt, zeigte Vortr. an dem Falle eines 42 jährigen Kellners, der infolge eines Stoßes vor die Brust, den er Weihnachten 1912 erhielt, matt, elend und blaß wurde, an Blutbrechen erkrankte und deshalb ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Hier wiederholte sich das Blutbrechen und Patient ging kollabierend zugrunde. Die Obduktion ergab lediglich eine erhebliche Verdickung der Pylorusmuskulatur und in der zugehörigen Schleimhaut einige linsengroße Erosionen, die nach Ansicht des pathologischen Anatomen als Ursache der tödlichen Blutung zu betrachten waren.

Diskussion:

Herr **L. Pick**: Ursache der varicösen Magen-Darmblutungen ist die nicht ganz zutreffend als kavernöse Umwandlung bezeichnete pathologische Veränderung der Pfortader. An Stelle der Pfortader findet man in diesen Fällen ein fleischiges Gebilde, das das ganze Ligamentum hepatoduodenale durchsetzt. P. führt als Beispiel den Fall einer 57 jährigen Frau mit kolossalen an zwei Stellen geplatzten Phlebektasien des Oesophagus an, bei der die Pfortader verschwunden und anstatt ihrer das erwähnte Gebilde zu sehen ist, das ohne bestimmte Begrenzung in Leber und Pankreas übergeht. Die Zirkulationsverhältnisse sind ähnlich wie bei der Lebercirrhose verändert. Es entwickelt sich in solchen Fällen gleichzeitig ein fibröser Milztumor. Die Krankheit verläuft sehr chronisch. P. deutet die Pfortaderentartung als Phlebangiom im Sinne von Virchow und Recklinghausen. Die Krankheit läßt sich an Kaninchen durch geeignete Unterbindungen von Gallengängen und Pfortader experimentell erzeugen.

Herr **Albu** hatte Gelegenheit, einen Fall von tödlicher Blutung aus Varicen des Rektums bis zur Flexur zu sehen. Die Blutungen waren von anderen Aerzten als Hämorrhoidalblutungen angesehen worden.

Herr **Kraus** wirft die Frage auf, ob die Blutungen in den demonstrierten Fällen etwa nur terminale Erscheinungen gewesen sind. Beim Ulcus duodeni ziehen sich die Blutungen längere Zeit hin.

Herr **P. Lazarus** berichtet, daß es ihm bei Hunden gelungen ist, durch intravenöse Injektion von radioaktiven Substanzen Darmblutungen hervorzurufen. Es besteht dabei venöse Hyperämie und Erweichung der Kapillaren. Vielleicht wirken durch den Darm ausgeschiedene Gifte schädigend auf die Darmkapillaren.

Herr **Kuttner** bestätigt, daß es Fälle gibt, in denen die Blutungen und sonstigen Symptome auf Ulcus ventriculi hindeuten, bei der Sektion aber dann nur einige Erosionen gefunden werden.

Herr **Stadelmann**: In den meisten Fällen handelt es sich um terminale Blutungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 31. März 1913.

Vorsitzender: Herr Kraus.

Tagesordnung:

Ueber Darmbewegung und Darmform. Experimentelles und Klinisches.

Herr **v. Bergmann** (Altona) und Herr **Katsch** a. G. wollen vorwiegend optische Eindrücke zeigen; über die Kolonbewegungen wurde hier vor 1½ Jahren bereits verhandelt; es handelte sich um die große Kolonbewegung, wie sie Lenz und v. Bergmann ausführlich beschrieben haben. Auch über die übrigen Kolonbewegungen glauben sie einen Schritt weitergekommen zu sein. Dazu kommen Studien über das tiefe Nervensystem. Vagotonie und Sympathicotonie sind Begriffe der Wiener Schule, die sich kaum noch aufrechterhalten lassen; Lewandowsky nennt sie konstruktiv. Kaum bei einem Kranken findet man nur Steigerung im Vagus- oder im Sympathicusgebiet. Es ist eben sehr viel Gewaltsames in dieser Lehre. Langley wollte überhaupt nicht den Dualismus der Eingeweidenerven prägen, wie dies Hans Horst Meyer und die Pharmakologen lehren. Man kann mit Recht nur von einem Adrenalinsystem einerseits und andererseits von einem Cholin-, Pilocarpin- oder Physostigminsystem mit Ausschluß des Sympathicus im engeren Sinne reden.

Nur über diese Typen soll heute verhandelt werden. Zum Vagus rechnet Vortr. noch die Fasern, die eigentlich zum Pelvicusgebiet gehören, soweit es sich um Antagonismus handelt.

Die weiteren Verhältnisse sind am Herzen und am Darm bereits studiert worden. Der Sympathicus ist der Hemmer, der Vagus der Erreger des Darmes; er bedingt vermehrte Bewegung und Tonus.

Außer dem Röntgenverfahren haben die Vortragenden noch eine andere Methode, das Bauchfenster, angewandt. Dadurch kontrollieren sie die Bewegungen des Darmes im Menschen. Am Kaninchen und am Affen wurden Fenster angelegt. Meltzer vergleicht die Bauchhöhle mit einem Raum, wo eine Anzahl von Menschen arbeiten und plaudern; sowie die Tür geöffnet wird, verstummt die Tätigkeit und das Gespräch; alles schaut auf den Eindringling. Ebenso hemmend wirkt der Laparotomieschnitt. Darum sieht man besser durch ein Fenster in einen geschlossenen Raum hinein. Diesem Verfahren kommt auch dasjenige von Cyon u. a. nicht gleich, welche den Darm unter NaCl-haltigem Wasser auf seine physiologischen Verhältnisse prüfen. Gegenüber der Wasserversenkung besteht hier der Vorteil der langdauernden Beobachtung — bei jener handelt es sich nur um 5—6 Stunden, da die Atmung des Tieres sehr erschwert ist —, dann der, die Durchblutung und selbst die Chylusgefäße, z. B. nach Milchgenuß, zu sehen.

Das Röntgenverfahren bietet manche Gegensätze; es leistet vieles nicht, was wir hier direkt zu sehen bekommen. Es ist ein indirektes Verfahren, zeigt nur Verschiebungen des Darminhaltes. Magnus glaubt freilich anderes; wenn ein Stück Darm oder Muskelplatte mit oder ohne Auerbachschen Plexus z. B. in Ringerlösung schwimmt, dann sieht man, wie bei Zusatz von Medikamenten sich Wirkungen erzielen lassen, und man schließt daraus, welcher Faktor eine Rolle spielt. Das ist interessant. Aber die Uebertragung auf den Menschen ist recht schwierig. Geringe Atropinmengen wirken durch den Auerbach-Plexus erregend auf den Vagus, größere steigern die Darmtätigkeit durch Lähmung des Sympathicus, große wirken hemmend durch Lähmung des Auerbach-Plexus. Das ist also sehr kompliziert.

Dazu braucht man ein Verfahren wie das vorliegende, das eine synthetische Methode ist.

Es folgt eine Demonstration des Bauchfensters am lebenden Tiere im Epidiaskop. Man kann psychische Lustaffekte durch Fressen erregen und an den Darmbewegungen nachweisen; erschreckt man die Tiere, so zeigt sich Hemmung; ebenso wirkt Kälte. Man beobachtet die Bewegung der Dickdarmhaustra; nach intravenöser Darreichung von Atropin sieht man kolossale Bewegungen vor sich gehen. Nach Adrenalin zeigt sich eklatante Blässe.

Wenn man die Tiere gut hält und pflegt, so kann man sie sehr lange am Leben erhalten. Das letzte hat 1¼ Jahre gelebt und ist nur einem Experiment zum Opfer gefallen. Die Pflege macht aber Mühe. Die Operation muß sehr schnell vor sich gehen. Das Celluloidfenster heilt richtig wie ein Fremdkörper ein; man findet nichts von Granulationen. Golz gelang es sogar, in den Schädel eine Elektrode einzuheilen.

Vor allem fällt das Fließen der Kolon-Haustra auf; es genügt für den langsamen Transport der Skybala; diese laufen aber nicht mit der Welle mit, sondern verhalten sich wie ein Kieselstein, der vom Bach fortgeschwemmt wird. Durch die Blutgefäße, die ja am Platze bleiben, kann man das Fließen der Haustra kontrollieren. Beim Affen ist die Lebhaftigkeit der Bewegung der Haustra nicht so stark wie beim Kaninchen. Die haustralen Einziehungen erscheinen durchaus nicht an derselben Stelle; es sind eben rein funktionelle Erscheinungen; die Plicae semilunares sind nicht anatomisch dauerhaft.

Pilocarpin bedingt eine mäßige, besonders mit Spasmen verbundene Welle. Vom Affen ist man berechtigt Schlüsse auf den Menschen zu ziehen; denn sein Kolon verhält sich dem menschlichen sehr ähnlich. Hier finden sich auch Analoga zum nervösen Darme, der anders als in der Norm innerviert ist, oder dazu, daß im Endorgan selbst eine vermehrte Reizbarkeit im einen oder anderen Sinne statthat. Die Tänien lassen am Tonus nach durch Atropineinwirkung; der Darm „knickt ein". Nach Physostigmin ist das Bild desselben menschlichen Darmes — man muß immer denselben Menschen nehmen, weil die individuellen Verschiedenheiten außerordentlich sind — verwaschen; die Breite der Haustra wird geringer. Nach großen Dosen kommt es zu Spasmen und Einschnürungen.

Aber auch ohne pharmakologischen Einfluß kann man gelegentlich alle diese Bilder sehen, die freilich nach den Medikamenten regelmäßig auftreten.

Bei Hirschsprungscher Krankheit sieht man einen „Pilocarpindarm ohne Pilocarpin". Die Art des Pilocarpindarmes kann man bei jedem Menschen mit derselben Dosis erzielen. Atropin öffnet die Valvula Bauhini durch Lähmung des Tonus und der Inhalt stürzt in den Dünndarm; aber auch ohne Eingriff kann der Tonus der Klappe nachlassen.

Das Fließen der Haustra geschieht immer nach einer Richtung; es treibt durch Summation den Inhalt vorwärts. Pilocarpin bringt die Haustra völlig zum Verschwinden, während beim „Fließen" eine gleichmäßige Zeichnung der Haustren zu sehen ist. Adrenalin bringt die Haustren teilweise zum Verstreichen. Gibt man danach Atropin, so sieht man ungleichmäßige Haustrenbildung. Physostigmin zeigt wieder schnell die Haustrenbewegung; der Darm ist zusammengezogen. Trotz der starken Spasmen nach Physostigmin und Pilocarpin kommt es nicht zur Verlangsamung des Transportes. Auch der Dünndarm ist durch Atropin erweitert.

Die schwerste Aufgabe bleibt noch, nämlich eine Brücke zur Klinik zu finden. Wir sind noch nicht so weit, Schlüsse hinsichtlich der chronischen Obstipation ziehen zu können. Es gibt Fälle von Diarrhoe etc. und doch findet man einmal vermehrte, einmal verminderte Stuhlentleerung bei denselben Röntgenbildern. Am besten ist die Einteilung von Schwarz in die dyskinetische Form, die vermehrte Art der Bewegung, und in die hypokinetische Form. Letztere ist phylogenetisch verständlich. Denn beim Kaninchen sind die Darmbewegungen lebhafter als bei dem dem Menschen näherstehenden Affen. Der letztere zeigt eine gewisse Trägheit. Beim Menschen sieht man nicht so starke Bewegungen wie beim Kaninchen.

Man wird in der Frage der chronischen Obstipation wenigstens teilweise auf die Form der verlangsamten Bewegung zurückkommen. Auf Grund der Fenstermethode kann man sagen: Meist gehen die Bewegungen an den Haustren des Darmes im ganzen vermehrt oder im ganzen vermindert vor

sich; selten ist es, daß die eine Form vermehrt da ist, während die andere eben erst nachläßt; meist sind alle Typen der Bewegung harmonisch vermehrt oder vermindert. Geht nun die Herabsetzung der ganzen Bewegungsintensität von den nervösen Endorganen in der Schleimhaut aus? Diesen Schluß wollen die Vortr. nicht ziehen; denn da können auch primäre Reize in der Schleimhaut mitspielen.

Weiteres über ätiologische Beziehungen zwischen Rheumatosen und nasalen Erkrankungen.

Herr **M. Senator**: Außer dem typischen Gelenkrheumatismus kommen noch andere Rheumatosen in Betracht: Erythema exsudativum, Peliosis rheumatica und Chorea minor. Ihnen gemeinsam ist die Endokarditis. Auch die Chorea ist eine Abart der Infektion oder eine Intoxikationswirkung. Vorwiegende Eintrittspforte für die Rheumatosen sind die Mandeln und die nasalen Luftwege. Das Zusammentreffen mit einer Nasenaffektion würde auch für die Chorea demnach nicht überraschend sein. Ein von Vortr. beobachteter Fall ist der folgende:

Ein gesundes 10 jähriges Mädchen litt an adenoiden Vegetationen. Vortr. entfernte ihr mit dem Ringmesser die Wucherungen unter allen Maßregeln der Asepsis. Am 9. Tage — bis dahin war das Kind von allen Störungen freigeblieben — schien es Vortr., als ob sich Chorea minor entwickelte. Das geschah in den nächsten Tagen. Die Krankheit hat ein Vierteljahr gedauert und ist völlig geheilt. Das Herz ist gesund; eine inzwischen aufgetretene Endokarditis ist allmählich geschwunden. Es könnte sich um einen Zufall handeln; damit kann man aber nichts erklären; oder das Leiden könnte unter dem Einfluß des Schreckens zum Ausbruch gekommen sein; aber die Infektionstheorie ist doch am natürlichsten.

Ob die Chorea stets dem Gelenkrheumatismus folgt, wie lange oder kurz das Intervall dauert usw., das alles entzieht sich noch unserer Kenntnis. Die Entfernung der Rachenmandel ist nicht immer trotz aller Sorgfalt ungefährlich. Es können Infektionen auftreten, die örtlich und meist harmlos sind. Sonst sind schon gelegentlich Rheumatismen beobachtet worden (Levy). Die Schutzkraft der Schleimhaut reicht offenbar nicht immer aus. Dazu kommt die Unmöglichkeit der Sterilisierung.

In einem zweiten, von einem Kollegen beobachteten Falle fand sich das gleiche Zusammentreffen. Es war ein kleines Mädchen, bei dem der Entfernung der Mandel im gleichen Zeitraum die typische Chorea folgte.

Der Chorea minor ist noch wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden. Auch pathologische Erosionen der Schleimhaut bei Katarrhen etc. müssen ätiologisch in Betracht kommen, zumal bei Katarrhen etc. der oberen Luftwege. Mode.

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

1. Hauptthema:

Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

Herr **Garrè** (Bonn): Als Leiter der chirurgischen Kliniken in Rostock, Königsberg, Breslau und Bonn hat Vortr. seit 19 Jahren 1000 Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose stationär behandelt. Für den Erfolg der Behandlung sind lediglich spät unternommene Nachuntersuchungen maßgebend. Diese hat Vortr. in einer möglichst großen Anzahl ausgeführt. Die Behandlung soll nicht einseitig sein, sondern möglichst modifiziert werden, je nach dem Alter, den sozialen Verhältnissen, sowie auch nach dem jeweiligen, dem betreffenden Chirurgen zu Verfügung stehenden Krankenmaterial, das in den verschiedenen Gegenden und Krankenhäusern ganz verschieden ist. Verschieden war auch die Behandlung der Tuberkulose in den einzelnen Gelenken.

Die Schultergelenkstuberkulose wurde meistens mit Jodoforminjektionen konservativ behandelt. Die Resultate waren bezüglich der Ausheilung gut, sie erfolgte jedoch fast ausnahmslos mit vollkommener Ankylose. Nur in einem Falle, bei dem es zu einer Atrophie des Caput humeri kam, trat Bewegung im Gelenk ein. Die Resektion wurde nur in schweren Fällen vorgenommen, und zwar nach Langenbecks Methode. Von 22 nachuntersuchten Fällen zeigte sich als Höchstmaß auf ½ verminderte Kraft und auf ⅔ verminderte Beweglichkeit.

Bei der Tuberkulose des Ellbogengelenks wurde im kindlichen Alter meist konservativ verfahren und die Jodoforminjektion mit Fixation des Gelenkes angewendet. Bei Erwachsenen wurde die Resektion bevorzugt. 22 Fälle von Resektion konnten nachuntersucht werden, hiervon waren 19 Fälle vollkommen ausgeheilt, 11 Fälle vollkommen leistungsfähig bei bestehender Ankylose. Es wurde niemals Schlottergelenk beobachtet und bisher nie die Muskelinterposition nach Helferich zwecks Erzielung einer Beweglichkeit ausgeführt. Die Eröffnung des Gelenkes bei der Resektion wurde vermittelst des Ollierschen Schnittes ausgeführt.

Bei der Tuberkulose des Handgelenks waren die Resultate bei konservativer Behandlung sehr günstig. Weniger erfreulich waren die Erfolge bei der Resektion. Diese sollte niemals in typischer Weise ausgeführt werden, da aus naheliegenden Gründen alsdann die funktionellen Resultate ungünstig sind.

Die Hüftgelenkstuberkulose wurde ebenfalls vorzugsweise konservativ behandelt. Kontrakturen in Flexionsstellung versuchte man durch Extensionsverband in bessere Stellungen überzuführen; das Brisement zum gleichen Zwecke ist durchaus zu vermeiden. War die Stellung gut, dann wurde sofort der fixierende und entlastende Gehgipsverband angewendet. Jodoform-Injektionen wurden nur bei der abscedierenden Form der Hüftgelenkstuberkulose angewendet. War der Prozeß ausgeheilt, so wurde zur Vermeidung einer sekundären Flexionskontraktur ein sogenannter Badehosengipsverband mit freiem Kniegelenk angelegt. Die Ausheilung der Hüftgelenkstuberkulose nahm im Durchschnitt eine Dauer von drei Jahren in Anspruch. Die Resektion wurde auch bei Zerstörung des Schenkelhalskopfes sowie der Pfanne vermieden. Sie wurde nur aus vitalem Interesse, nicht zur Besserung der Resultate ausgeführt, bei Eiterungen mit Fieber sowie bei der schweren fungösen Form, bei der das Allgemeinbefinden in hohem Maße gestört ist. Im allgemeinen operierte Vortr. nach König, nur wenn der Sequester vorn lag, wurde der Hüter-Schedesche Schnitt angewendet. Die Nachuntersuchung ergab bei den konservativen Fällen ein wesentlich günstigeres Resultat als in den Fällen, wo operiert werden mußte.

Die Kniegelenkstuberkulose ist die Form der Gelenkstuberkulose, bei der Ref. vorzugsweise die Resektion anwendet. Er hat sie in 268 Fällen ausgeführt und wendet den Textorschen Querschnitt an. Bei Kindern muß zur Vermeidung der sekundären Flexionskontraktur jahrelang eine Hülse getragen werden. Von 188 mit späterer Nachricht waren 14 gestorben, 7 davon an Tuberkulose. In den 174 restierenden Fällen war die Tuberkulose in 92 pCt. ausgeheilt. Bei der Resektion im kindlichen Alter wird die Epiphyse möglichst geschont, der Knorpel oberflächlich mit dem Messer weggeschnitzt. Infolgedessen war in den meisten Fällen die Verkürzung der Extremität nicht sehr hochgradig. Bei einer Verkürzung bis zu 3 cm ist sie ohne Bedeutung. Nur wenn die Epiphysenknorpel durch den tuberkulösen Prozeß zerstört waren, wurde später eine größere Verkürzung beobachtet. Bei entsprechender Nachbehandlung sind Flexionskontrakturen vollkommen vermeidbar. In 14 pCt. der Nachuntersuchungen wurden stärkere Kontrakturen beobachtet; bei 31 pCt. war eine Kontraktur bis zu 150° vorhanden und in 53,4 pCt. war überhaupt keine Kontraktur nachweisbar. Das Gesamtresultat bei der Kniegelenkstuberkulose war ein außerordentlich günstiges, da die Funktion des Beines sowie die Stellung im Kniegelenk in 83 pCt. der nachuntersuchten Fälle eine gute war. Aus diesem Grund wird die Kniegelenkstuberkulose auch im Kindesalter besser operiert als konservativ behandelt.

Die Fußgelenkstuberkulose (220 Fälle) wurde in 60 pCt. konservativ und in 40 pCt. operativ behandelt. Die Resektion wurde bei schwerem Fungus, bei Sequestern und in Fällen von Eiterung vorgenommen. Bei 87 Resektionen waren die Hälfte Kinder, ein Viertel im zweiten Lebensdezennium. Die Resektion des Fußgelenks wurde nach König ausgeführt. Die Resultate dürfen in bezug auf die definitive Ausheilung der Tuberkulose und vor allem in bezug auf gute Gelenkbeweglichkeit als sehr gut bezeichnet werden (80 pCt.).

Im Anschluß an diese Schilderung seines Beobachtungsmaterials geht Ref. noch auf Einzelheiten neuer Behandlungsmethoden ein. Wegen der Gefahr der Sekundärinfektion warnt er vor der Inzision von Abscessen. Fisteln sollen möglichst durch Resektion des tuberkulösen Herdes zur Ausheilung gebracht werden. Bei der Stauungsbehandlung hat Ref. wenig Erfolg gesehen, Tuberkulin hat er nie angewandt. Auch die Röntgenbehandlung war nicht sehr befriedigend, da bei der Knochen- und Gelenkstuberkulose die Strahlen wegen der mangelhaften Tiefenwirkung und wegen der Dichtigkeit des Knochens nicht an die kranke Stelle gelangen können. Ein großer Wert ist auf die gute Allgemeinbehandlung zu legen, und zum Schluß seines Vortrages verweist G. auf die glänzenden Ergebnisse, die Rollier mit der Freiluft- und Sonnenbehandlung im Hochgebirge erzielt hat. Da aber die in Rede stehende Erkrankung in 99 pCt. unbemittelte Personen betrifft, so kommen diese Faktoren für die Mehrzahl der davon Betroffenen nicht in Betracht.

Herr **O. Vulpius** (Heidelberg): Die Heilstättenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Die Bedeutung der Allgemeinbehandlung vor allem macht die Verbringung der chirurgisch Tuberkulösen aufs Land nötig; Hochgebirgs- und Seeklima sind nicht erforderlich, wohl aber reichlich Luft und Licht. Der Enthusiasmus für physikalische Heilmethoden und für operationslose Therapie der chirurgischen Tuberkulose schießt übers Ziel, Chirurgie und Orthopädie sind zu kombinieren mit jenen. Das Spezialsanatorium muß also Einrichtungen für das gesamte Heilverfahren aufweisen.

Schon rechtfertigen die Erfolge die Forderung nach solchen Heilstätten. Vortr. hat durch seine Erfahrungen in dem von ihm geleiteten Sanatorium Rappenau die Ueberzeugung gewonnen, daß auch im Binnenlande bei richtiger Ortswahl

überraschend gute Heilerfolge während des ganzen Jahres zu erzielen sind.

Herr **Frangenheim** (Leipzig): Zur Behandlung der chronischen Osteomyelitis am unteren Femurende.

Bei einem Patienten, der seit 15 Jahren an Fisteln des Oberschenkelknochens infolge chronischer Osteomyelitis litt und bei dem vielfache Operationen nicht zum Ziele geführt hatten, wurde durch Implantation des M. vastus externus in die Knochenhöhle des Oberschenkelknochens eine dauernde Heilung erzielt.

Demonstration des Operationsverfahrens an Bildern.

Herr **W. v. Wrzesniowski** (Czestochowa): Operation und offene Behandlungsmethode der eitrigen fistulösen Gelenkstuberkulose.

Breite Eröffnung des Gelenks mit Querschnitt von der Extensionsseite, im Bedarfsfalle mit Hinzufügung von beiderseitigen Längsschnitten. Dann Aufklappen des Gelenks, wodurch die Möglichkeit einer genauen Besichtigung geboten wird, Ausschneiden der tuberkulösen Wucherungen in den Weichteilen und Entfernung der Krankheitsherde des Knochens. Hierauf Tamponade des Gelenks mit Vermeidung einer Naht und Immobilisierung in richtiger Stellung des kranken Gelenks. Bei jedem Verbandwechsel wird das Gelenk aufgeklappt, der Mull entfernt, alle Vertiefungen genau angesehen und eventuell neue Herde der Tuberkulose aufgesucht und vernichtet, dann das Gelenk nach neuerlicher Ausfüllung mit Mull zugeklappt und immobilisiert.

Diskussion:

Herr **Bier** (Berlin) demonstriert eine größere Anzahl von Patienten mit verschiedenen Gelenkstuberkulosen, bei denen er auffallend günstige Resultate mit Beweglichkeit der Gelenke erzielt hat. Bier vermeidet die Fixierung der Gelenke und kombiniert mit der Stauung, die täglich 12 Stunden dauern soll, eine kräftige Jodtherapie. Kinder erhalten 2 g, Erwachsene 3 g pro Tag. Durch diese Jodanwendung werden die sonst bei der Stauung leicht auftretenden kalten Abscesse fast sicher vermieden. Bei 57 Fällen wurden nur zweimal Abscesse beobachtet. Sind solche Abscesse schon vorhanden, so gehen sie auf Jodverabreichung zurück.

Herr **de Quervain** (Basel) sieht den Hauptfortschritt in der modernen Tuberkulosebehandlung in der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes der Patienten. Seit 10 Jahren beschäftigt er sich mit der Sonnen- und klimatischen Behandlung der Gelenkstuberkulose. Ungeeignet für diese Behandlung sind die Fälle, die sekundär infiziert sind oder bei denen schon Amyloid der Organe vorhanden ist. In den übrigen Fällen ist ein sehr bedeutender Prozentsatz von Heilungen beobachtet worden. Die Dauer der Behandlung beträgt 2 Jahre, jedoch kommen auch bei ihr zuweilen Rezidive vor.

Herr **Ritter** (Posen) empfiehlt statt der venösen die arterielle Hyperämie, zugleich mit Anwendung des Gipsverbandes, und hat hierbei vorzügliche Resultate gesehen.

Herr **König** (Marburg): Eine Beurteilung des Wertes der einzelnen Verfahren ist nur möglich, wenn die behandelten Kranken einer Dauerkontrolle der Kliniken, die durchaus möglich ist, unterstehen. Erst die Zusammenstellung einer solchen von vielen Kliniken lange durchgeführten Kontrolle läßt eine Entscheidung über die Bedeutung der verschiedenen Behandlungsarten zu. Zurzeit steht Ref. ganz auf dem Standpunkt von Garrè bezüglich der konservativen und operativen Behandlung der verschiedenen Gelenktuberkulosen. Es müssen jedoch außerdem die modernen Verfahren berücksichtigt werden. Da die Mehrzahl der Kranken die Sonnenbehandlung im Hochgebirge nicht haben kann, so muß man nach Ersatz suchen. Die Wirkung der Sonnenstrahlen ist durch die ultravioletten Strahlen bedingt, und solche stehen uns in den Quarzlampen zur Verfügung. Diese Quarzlampenbestrahlung hat K. zuerst bei schwer heilenden Hautwunden, dann bei Hauttuberkulose mit gutem Erfolge angewandt. Er ging alsdann zur Behandlung von Gelenk- und Knochentuberkulosen über. Er verwendet sie als lokale sowie auch als allgemeine Bestrahlung. Die lokale Bestrahlung des tuberkulösen Herdes wird in einer Entfernung von 30 bis 40 cm bis zu 30 Minuten alle zwei Tage ausgeführt. Es entsteht danach eine intensive Rötung, ähnlich wie beim Gletscherbrand. Danach sehr günstige Beeinflussung des tuberkulösen Prozesses. Die Allgemeinbestrahlung findet täglich statt. Es wird hierbei der nackte Körper in einer Entfernung von einem Meter fünf Minuten bis eine Stunde lang bestrahlt. K. hat nie eine Schädigung von dieser Behandlung gesehen, im Gegenteil, außerordentlich günstige Wirkungen. Lokal trat eine Besserung und Heilung des tuberkulösen Prozesses ein, das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit wurde besser, ebenso der Schlaf; die Patienten nahmen an Gewicht zu. Nur dreimal fand eine Gewichtsabnahme statt. Im ersten Falle handelte es sich um eine Spondylitis mit sekundärer Infektion, im zweiten Falle lag eine Komplikation durch Herzfehler vor, und im dritten Falle handelte es sich um ein sehr fettreiches Individuum mit Spondylitis.

Herr **Wilms** (Heidelberg) hat ausgezeichnete Erfolge von der Röntgentherapie gesehen, die er mit Sonnenstrahlenbehandlung kombiniert. Die Operation wird nur bei Sequesterbildung und bei der Kniegelenkstuberkulose alter Leute vorgenommen.

Herr **Voelcker** (Heidelberg) hat in 8 Fällen von Rezidiven nach Kniegelenksresektion mit gutem Erfolge das Kniegelenk aufgeklappt und die offene Behandlung durchgeführt.

Herr **Iselin** (Basel), der Begründer der Röntgentherapie, berichtet ausführlich über seine Erfahrungen mit diesem Verfahren.

Herr **Müller** (Rostock) bezweifelt die Notwendigkeit der von Herrn Frangenheim mitgeteilten Operation.

Herr **Rosenbach** (Göttingen) begründet theoretisch die Wirkung des von ihm dargestellten **Tuberkulins.**

Herr **Menne** (Bad Kreuznach) hat mit den konservativen Methoden bei der Gelenktuberkulose vorzügliche Erfolge gesehen.

Herr **Friedrich** (Königsberg) warnt vor einem allzu schematisch durchgeführten konservativen Verfahren bei der Behandlung der Gelenktuberkulose. Er ist im Laufe der Jahre immer mehr zur operativen Behandlung übergegangen, deren Ergebnisse ihn weit mehr befriedigen. Vor der von Bier angewendeten allzu reichlichen Joddarreichung bei jugendlichen Personen warnt er wegen der Gefahr der Atrophie der Geschlechtsdrüsen.

Herr **Müller** (Rostock): **Zur Entstehung und Behandlung der Gasphlegmonen.**

Die Aetiologie der Erkrankung ist keine einheitliche, jedoch wird sie meistens durch den Bacillus caps. aerogenes hervorgerufen. Die schweren Fälle (meist nach Schußverletzungen) geben eine schlechte Prognose. Günstiger stehen die mittelschweren Fälle, die nach Verletzungen der Mundhöhle sowie nach Operationen der Magen-Darmschleimhaut, auch nach der Intervalloperation der Appendicitis vorkommen. Hier liegt meistens eine Mischinfektion vor. Die Therapie der Erkrankung bestand bisher in frühzeitigen und ausgiebigen Inzisionen. Die Mortalität betrug im ganzen 30 pCt. Berücksichtigt man nur die schweren Fälle allein, so liegt eine Mortalität von 80 pCt. vor. Vortr. selbst hat im Anschluß an eine aseptische Kniegelenksoperation eine derartige Gasphlegmone entstehen sehen. Wie die bakteriologische Untersuchung ergab, lag eine Reinfektion durch den Bacillus aerogenes vor. In diesem Falle brachten die von Thiriar eingeführten Sauerstoffinsufflationen momentan eine Besserung des schweren Allgemeinzustandes. Vorübergehend wurde dieser jedoch wieder schlechter, um bei nochmaliger Anwendung der Sauerstoffinsufflationen in eine endgültige Heilung überzugehen.

Diskussion:

Herr **Kirschner** (Königsberg) hat auf dem Kriegsschauplatze des Balkankrieges zwei solcher Fälle von Gasphlegmone gesehen. Im ersten im Anschluß an die Zerschmetterung des Unterschenkelknochens. Heilung durch Amputation. Im zweiten Falle trat die Gasphlegmone im Anschluß an einen Schulterschuß auf; breite Spaltungen führten zur Heilung.

Herr **Wohlgemuth** (Berlin) hat auch bei anderen Eiterungen günstige Erfolge durch die Sauerstoffinjektion gesehen.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Klinik der Darmkrankheiten. Von Prof. Dr. **Ad. Schmidt**, Direktor der Med. Klinik in Halle. Mit 102 Textabbildungen. Wiesbaden 1912, J. F. Bergmann. 380 S. Teil I.

Ein Teil des in dem vorliegenden Handbuche abgehandelten Themas ist von Verf. bereits früher in seiner vortrefflichen Monographie über die Funktionsprüfungen des Darmes bearbeitet und mehrfach publiziert worden. Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit dem gleichen Thema, jedoch auf wesentlich erweiterter Grundlage. — Vor allem sind die anatomischen und physiologischen Elemente, besonders die Aetiologie, pathologische Anatomie und die pathologische Physiologie vollständig neu bearbeitet worden. An sie schließt sich eine überaus sorgfältige Darstellung der allgemeinen Diagnostik der Darmkrankheiten. Entsprechend dem großen Aufschwunge, den gerade dies Gebiet der internen Medizin im Verlaufe des letzten Dezenniums erfahren hat, zeichnet sich dieser Teil durch große Ausführlichkeit aus und berücksichtigt, wenn auch etwas kursorisch, die Endoskopie des Enddarmes. Ganz besonders eingehend ist die Darstellung der Methodik der Untersuchung der Fäces. Bei der Besprechung der allgemeinen Therapie der Darmkrankheiten ist besonders die Diätotherapie mit großer Ausführlichkeit abgehandelt worden. Von den speziellen Darmleiden werden in dem vorliegenden Buche die funktionellen Störungen der Darmverdauung, sowie die entzündlichen Erkrankungen des Darmes besprochen. Auf Einzelheiten in der Besprechung und Umgrenzung der einzelnen Krankheitsbilder, über welche ja teilweise noch keineswegs einheitliche Auffassung in der Literatur herrscht, näher einzugehen, muß sich Referent allerdings versagen. Wenn auch Verf., wie dies von einem so hervorragenden klinischen Lehrer nicht anders erwartet werden kann, seine eigenen Forschungsergebnisse in den

Vordergrund der Darstellung geschoben hat, so unterläßt er andererseits auch niemals, Ergebnisse, welche von den seinigen abweichen, wenn auch mit der nötigen Kritik, zu würdigen. In welch umfassendem Maße dies geschehen ist, darüber belehrt der Literaturnachweis des Werkes, welcher nicht weniger als 22 Druckseiten umfaßt. — Zweifellos wird das hervorragende Werk sehr bald die gebührende Beachtung in den Kreisen der Kollegen finden.

Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Aerzte. Von Prof. Dr. **E. Kromayer.** Vierte, verbesserte Auflage. 232 S.

Das Werkchen bringt eine kurze und präzise Darstellung der Krankheiten der Haut und Geschlechtsorgane. Sie ist im allgemeinen den Bedürfnissen der Studierenden angepaßt, welche in das Gebiet eingeführt werden sollen. Aber auch der Praktiker, welcher einer schnellen und zuverlässigen Information benötigt, wird mit Nutzen gelegentlich sich der Führung des Kompendiums bedienen. Die Darstellung ist kurz und präzis. Bei den Hautkrankheiten wären orientierende Abbildungen von Nutzen gewesen. Die beste Beschreibung einer Hautaffektion leistet nicht dasselbe wie eine einigermaßen gute Abbildung. Das Kompendium kann den Kollegen aufs angelegentlichste empfohlen werden. H. L.

Ueber Gewöhnung auf normalem und pathologischem Gebiete. Von Prof. Dr. **K. Heilbronner** (Utrecht). Wiesbaden 1912, J. F. Bergmann. 51 S. 1,60 M.

In der vorliegenden Studie sucht Verf. das Wesen der Gewöhnung dem Verständnis näherzubringen. Zunächst bespricht er die leichter zu verstehenden und gut gekannten Erfahrungstatsachen auf dem Gebiete der Gewöhnung an Gifte, wobei er sich nicht auf die am Menschen gewonnenen Erfahrungen beschränkt, sondern auch gewisse an niederen pflanzlichen und tierischen Organismen festgestellte Versuchsergebnisse berücksichtigt. Es handelt sich bei der Gewöhnung an Gifte, z. B. beim chronischen Morphinismus und Alkoholismus. nach Verf. um Veränderungen der Reaktion und Reaktionsfähigkeit, die den Organismus in seiner Totalität oder jedenfalls in weitem Umfange und in einer Vielheit von Organen betreffen. Es gibt nun auch solche Gewöhnungen, bei welchen nur einzelne, an umschriebene Teile oder Organe geknüpfte Funktionen verändert sind. Die einfachsten hierher gehörigen Typen werden durch die grundlegenden Versuche Pawlows und seiner Schüler repräsentiert. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen sind, wie Verf. ausführt, nicht nur für das Verständnis der Tierdressur von Bedeutung, sondern haben auch für die Vorgänge bei der Kindererziehung, endlich für die Aetiologie der pathologischen Gewohnheiten aufklärend gewirkt. Die Entstehung der pathologischen Gewöhnung läßt sich nach Verf. speziell unter dem Gesichtspunkt der Pawlowschen Bedingungsreflexe dem Verständnis näherbringen. Ebendahin sind nach H. viele Erscheinungen zu rechnen, welche die Communis opinio als hysterisch bezeichnet. Auch das gewohnheitsmäßige Entweichen (Davonlaufen), endlich manche sexuelle Verirrungen gehören nach Verf. in diese Kategorie. Die von Verf. entwickelten Anschauungen eröffnen auch für die Therapie neue Gesichtspunkte; sie eröffnen für manche dieser pathologischen Zustände, die sonst als einer Behandlung nicht zugänglich gelten, die Aussicht auf Heilbarkeit durch geeignete Maßnahmen. Die Ausführungen des Verfassers sind nicht nur für Aerzte, sondern vielleicht noch mehr für Juristen von Interesse; handelt es sich hierbei doch um Fragen, welche für die strafrechtliche Beurteilung vieler Vergehen von Bedeutung sind. R. L.

Lehrbuch und Atlas der konservierenden Zahnheilkunde. Von Dr. med. et phil **Gustav Preiswerk.** Mit 32 vielfarbigen Tafeln und 325 Textabbildungen. München 1912, J. F. Lehmann. 404 S.

Verf. ist durch mehrere in dem gleichen Verlage erschienene Atlanten und Lehrbücher den deutschen Zahnärzten und den Aerzten, soweit letztere diesem dankbaren Zweige der praktischen Medizin ihre spezialistische Tätigkeit gewidmet haben, längst bekannt. Die gleichen Vorzüge, durch welche seine früheren Werke sich auszeichnen, treten auch in diesem Atlas zutage, eine ganz hervorragende Anschaulichkeit in der Darstellung der einzelnen operativen Eingriffe. Wesentlich gefördert wird das Verständnis des Lesers durch die große Anzahl von Illustrationen, welche sich teilweise im Text, teilweise in besonderen Tafeln zusammengestellt finden. Was den Inhalt des Buches anlangt, so finden wir in ihm eine sehr sorgfältige und lückenlose Darstellung der modernen konservierenden Zahnheilkunde. Ganz besonders eingehend sind die Goldfüllungen sowie die Behandlung der Zahnpulpa besprochen. Etwas kursorischer gehalten ist die Darstellung der Porzellanplomben sowie die Beschreibung der Füllungen mittels knetbarer Materialien. — Die Ausstattung des Werkes ist die rühmlichst bekannte der Lehmannschen Atlanten. Auch diesem Atlas läßt sich daher die denkbar beste Prognose stellen. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Das bisherige **Auskunftsbureau** der Berliner ärztlichen Standesvereine ist seit dem 1. April d. J. dahin erweitert worden, daß neben der Stellenvermittlung auch Auskünfte in Standes- und ärztlich-rechtlichen Angelegenheiten (Honorarfragen) gegen Entgelt erteilt werden. Der Vorstand des G.-A. setzt mit dem Leiter des Bureaus einen Tarif für derartige Auskünfte fest. Diese Einrichtung wird vorläufig bis zum 1. Januar 1914 getroffen. Das Bureau führt fortan den Namen: Bureau des G.-A. der Berliner ärztlichen Standesvereine für Auskunfterteilung und Stellenvermittlung.

— Die **polizeiliche Vorschrift**, wonach Aerzte beim Wohnungswechsel innerhalb des Landespolizeibezirks Berlin verpflichtet waren, dem Kreisarzt schriftliche Anzeige zu machen, ist vom Kammergerichte kürzlich für ungültig erklärt worden. In der Begründung des Urteils wird hervorgehoben, daß eine derartige Polizeiverordnung nur dann als gültig angesehen werden könne, wenn es ihr Zweck sei, gesundheitliche Gefahren vom Publikum abzuwenden. Die vorliegende Verordnung sei aber nicht zu diesem Zweck erlassen, sondern lediglich im Interesse einer einfachen Listenführung durch den Kreisarzt. Nach der Ansicht des Gerichts ist es auch zweifelhaft, ob die Vorschrift gültig sei, daß Personen, die in Deutschland die Approbation für Aerzte erlangt haben, sich spätestens 14 Tage nach Beginn der Tätigkeit bei dem zuständigen Kreisarzte zu melden hätten.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Privatdozenten der Augenheilkunde Dr. Georg Levinsohn ist der Professortitel verliehen worden.

— Im **Kaiserin Auguste Viktoria-Hause** zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sind mit Beginn des neuen Etatsjahres am 1. April folgende Stellenveränderungen eingetreten: Die bisherigen Oberärzte Dr. Bahrdt und Dr. Rott sind zum stellvertretenden Direktor bezw. Dirigenten des Organisationsamtes für Säuglingsschutz der genannten Anstalt ernannt und der 1. Assistent Dr. Thomas zum Oberarzt bestellt worden.

— Der bekannte Gynäkologe Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Fasbender, der kürzlich sein 70 jähriges Lebensjahr vollendete, wurde von der **Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie** zum Ehrenmitglied ernannt.

— Die **Deutsche Gesellschaft für Chirurgie** hat anläßlich ihrer 42. Tagung Herrn Prof. C. W. v. Röntgen in München zum Ehrenmitglied ernannt.

Düsseldorf. Generaloberarzt Dr. Classen, Divisionsarzt der 30. Division und Chefarzt des Garnisonlazaretts I in Straßburg, ist vom hiesigen Stadtverordnetenkollegium zum ärztlichen Direktor der städtischen Krankenanstalten gewählt worden.

Göttingen. Dem Privatdozenten der Psychiatrie Dr. Fritz Eichelberg ist der Professortitel verliehen worden.

Landshut. Im Alter von 89 Jahren ist der Kreismedizinalrat a. D. Obermedizinalrat Dr. J. G. Egger gestorben, der sich auf dem Gebiete der Geologie und Paläontologie mit Erfolg als wissenschaftlicher Forscher betätigt hat.

Basel. Der nach Königsberg i. Pr. berufene Professor der pathologischen Anatomie Dr. Hedinger wird voraussichtlich der Berufung keine Folge leisten.

London. Dr. Hinton, ein in Südaustralien lebender englischer Militärarzt, hat kürzlich das 100. Lebensjahr vollendet.

Teneriffa. Hier starb der Arzt Dr. Otto, der sich durch seine zum Teil gemeinsam mit R. O. Neumann, dem jetzigen Professor der Hygiene in Gießen, ausgeführten Forschungen über Tropenkrankheiten Verdienste erworben hat.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der diesjährige **Aerztetag** findet am 3., 4. und 5. Juli in Elberfeld statt. Vorläufige Tagesordnung: Erster Tag: Generalversammlung der Wirtschaftlichen Abteilung (L. V.). Zweiter Tag: Bericht der verschiedenen Kommissionen; Antrag des Bezirksvereins Leipzig-Land: „Der Deutsche Aerztetag fordert die deutschen Aerzte auf, ärztliche Tätigkeit auch in solchen Fällen nur gegen Bezahlung auszuüben, wo es sich um sogenannte gemeinnützige Unternehmungen, wie Säuglingsfürsorge, Ausbildung Roter-Kreuz-Kolonnen, Samariterausbildung, poliklinische Tätigkeit oder ähnliches handelt." Dritter Tag: 1. Antrag verschiedener Aerztevereine: das Verhältnis der Aerzte zu den Berufsgenossenschaften zur Beratung zu stellen; 2. Impffrage; 3. Antrag des Bezirksvereins Kissingen betr. absolute Ausschließung ausländischer im Inlande nicht approbierter Aerzte von der Ausübung der Praxis (Gesuch an die Reichsbehörden

um entsprechende Ergänzung der Gewerbeordnung); 4. Antrag des Aerztevereins Straßburg betr. Revision des Abkommens mit den Berufsgenossenschaften; 5. Antrag des hessischen ärztlichen Landesvereins betr. Verbot der Aufnahme eines Mitgliedes durch einen ärztlichen Standesverein, so lange noch ein seitens eines anderen Vereins gegen den Betreffenden eingeleitetes Verfahren schwebt, wobei der ärztliche Verein des Wohnsitzes eines Angeschuldigten für Verfehlungen gegen die Standesehre zuständig sein soll; 6. Antrag des Vereins Hildesheim betr. Gesuch an das Reichsamt des Innern um reichsgesetzliche Regelung des Verhältnisses zwischen Reichsversicherungsämtern und Aerzten, mit der Maßgabe, daß jeder praktische Arzt grundsätzlich zur Begutachtung zugelassen werden soll.

— Das **Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose** hält seine Generalversammlung im Reichstagsgebäude am 8. Mai ab. Vortragsthema: „Heilstätte und Krankenhaus in der Versorgung der Tuberkulösen". Besondere Einladungen ergehen nur an die Mitglieder. Den interessierten Kreisen stehen in der Geschäftsstelle des Zentralkomitees, Linkstraße 29, soweit der Platz reicht, Einlaßkarten zur Generalversammlung unentgeltlich zur Verfügung. Am 7. Mai findet die Ausschußsitzung statt.

Bern. Am 8. März fand in der Chirurgischen Klinik die konstituierende Versammlung der vor einem Jahre gegründeten **Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie** statt, der alle hervorragenden Chirurgen der Schweiz beigetreten sind. Nach kurzer Beratung der Statuten wurde durch Referate der Herren Proff. Roux (Lausanne) und de Quervain (Basel) in die Tagesordnung, Besprechung der Behandlung der akuten Appendicitis, eingetreten, die das Resultat ergab, daß nur die Frühoperation imstande sei, die Mortalität dieser Krankheit einzudämmen. Prof. Kocher (Bern) wurde zum Präsidenten, Prof. Girard (Genf) zum Vizepräsidenten, Dr. Steinmann (Bern) zum Schriftführer gewählt.

Gerichtliches.

Bonn. In einem von Geh. San.-Rat Dr. v. Ehrenwall (Ahrweiler) gegen den Nervenarzt Dr. Kurella in Bonn eingeleiteten Zivilprozeß auf **Schadenersatz** und **Unterlassung** weiterer die v. Ehrenwallsche Privatirrenanstalt schädigender Artikel verurteilte das Gericht den Beklagten zu 20 000 M. Schadenersatz und zu 10 000 M. für jeden einzelnen Fall, in welchem er die Behauptungen über die Anstalt wiederholen würde.

Braunschweig. Vor dem hiesigen Schöffengericht hatte sich ein Krankenbehandler wegen **Betrugs** zu verantworten. Er hatte bei einem Patienten eine Diagnose auf Herzleiden gestellt und vorgegeben, dieses durch Magnetismus, Handauflegen usw. heilen zu können. Das Gericht verurteilte ihn zu 200 M. Geldstrafe.

Verschiedenes.

Berlin. Unter dem 10. März d. J. hat der Minister des Innern an die beteiligten Regierungen einen **Erlaß betr. Verhütung von Ruhrerkrankungen auf Truppenübungsplätzen** ergehen lassen. (Veröffentlicht im „Ministerialbl. f. Medizinalangelegenheiten", 1913, No. 14.)

— Unter dem 9. März d. J. hat der Bundesrat eine **Bekanntmachung betr. die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien** erlassen, welche neue gewerbehygienische Bestimmungen für dieses Gebiet enthält. (Veröffentlicht im „Ministerialbl. f. Medizinalangelegenheiten", 1913, No. 14.)

— Nach dem § 184, 3 StrGB., der die **Ankündigung von zu unzüchtigem Gebrauch bestimmten Gegenständen** an das Publikum mit Strafe bedroht, war bisher nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts auch die Annoncierung aller Mittel zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten verboten. Gegen diese Auffassung hat die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wiederholt Stellung genommen, wie es scheint, mit Erfolg, denn die Kommission zur Beratung des neuen Strafgesetzbuches hat Gegenstände, die zur Verhütung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten dienen, aus der bisherigen Ziff. 3 § 184 StrGB. (§ 257, Ziff. 3 des Entwurfs) herausgehoben und ihre Ausstellung, Ankündigung etc. nur dann als strafbar erklärt, wenn sie in einer Weise erfolgt, die geeignet ist, Aergernis zu erregen, wobei davon ausgegangen wurde, daß Mittel, die gleichzeitig zur Verhütung der Empfängnis und zum Schutz gegen Ansteckung dienen, unter die Ausnahmevorschrift fallen sollen.

Wurzen. Unter der Spitzmarke „Unglaublich, aber wahr!" teilt das „Korresp.-Bl. f. d. ärztl. Bezirks- und Kreisvereine d. Kgr. Sachsen" mit, daß das hiesige Stadtverordnetenkollegium für den wegen **fahrlässiger Tötung** bei der Berufsausübung zu drei Monaten Gefängnis verurteilten Krankenbehandler L. ein **Gnadengesuch** einzureichen beschloß, nachdem das Reichsgericht die Revision des Verurteilten verworfen hatte. Das weitere Gnadengesuch, daß für ihn von seiten der Bevölkerung abgesandt wurde, trug die Unterschriften von Großindustriellen, Gymnasiallehrern und Geistlichen! Auch der Stadtrat wurde durch Beschluß des Stadtverordnetenkollegiums zum Anschluß aufgefordert, hat aber schließlich auf den entrüsteten Einspruch der Wurzener Aerzte doch abgelehnt.

Wien. Am 13. März ist hier die erste staatliche **Schulzahnklinik** eröffnet worden.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen.

Preußen.

Zwei Assistentenstellen bei dem kgl. Hygienischen Institut in Beuthen (O.-Schl.) mit durchschnittlich 2100 M. Jahresremuneration; für eine dieser Stellen ist Dienstwohnung gegen geringe Mietvergütung vorhanden, mit der anderen Stelle sind voraussichtlich nebenamtliche Einnahmen verbunden. Meldungen an den Institutsdirektor.
(Vergl. No. 14; wiederholte Ausschreibung vom 2. April d. J.)

Personalia.

Preußen.

Verzogen: Dr. W. Bethge von Hultschin nach Siemianowitz, E. Siegfried von Siemianowitz nach Gera, E. Eckstein von Breslau nach Königshütte, Dr. A. O. Pallas von Koschwitz nach Hettstedt, O. Gänsler von Schkeuditz nach Rosenheim a. I., Dr. W. Armbruster von Henfenfeld i. Bayern nach Schkeuditz, Dr. O. Kunze von Braunschweig und Dr. W. Schwartz von Uchtspringe nach Altscherbitz, V. Jonas von Altscherbitz, Dr. W. Stemmler von Halle a. S. und San.-Rat Dr. P. Martner von Kayna nach Jena, Dr. G. Braemer von Hohndorf, Kreis Eckartsberga, nach Kösen, Dr. P. Hendel von Reisen als Schiffsarzt, Dr. B. Aschner von Wien und Generaloberarzt a. D. M. Nehmiz von Lyck nach Halle a. S., P. Pertzsch von Magdeburg nach Elbing, Dr. A. Beyer von Schwetz nach Altona, Dr. K. Stade von Berlin nach Berlin-Schmargendorf, Dr. M. Müller von Kauffung a. d. Katzbach nach Guben, Dr. O. Beyer von Hanau nach Calbe a. S., Dr. Hertz von Magdeburg nach Burg b. Magdeburg, Aerztin Dr. A. Benecke von Braunschweig, Dr. E. Petzsch von Augsburg und Dr. J. Reinhardt von Osnabrück nach Magdeburg, Dr. G. Brinck von Wolfenbüttel nach Wasserleben, Dr. F. Gerding von Diepholz nach Hunteburg, Dr. J. Mehltretter von München und Dr. E. Loewenson von Linden b. Hannover nach Düsseldorf, Dr. J. Bollmann von Reisen als Schiffsarzt nach Essen a. d. Ruhr, Dr. K. Buschmann von Moers nach Solingen, Dr. H. Martius von Berlin, Dr. H. Hinselmann von Jena, Dr. K. Schilling von Leipzig, Dr. A. Hörder von Reisen als Schiffsarzt, Dr. A. Koepchen von Cöln, Dr. O. Seemann von Halaf (Türkei) und Dr. Th. Kohlhage von Stettin nach Bonn, Dr. F. Koehl von Erfurt Dr. H. Meyer von Hamburg, Dr. A. Pleuss von Wevelinghofen, Dr. F. W. Winter von Freiburg i. B., Dr. O. Hess von Göttingen, M. Dietlein von Kempten (Schwaben) und Dr. F. A. Simons von M.-Gladbach nach Cöln, Dr. G. J. Lang von Oberhausen nach Porz a. Rh., Dr. M. Weber von Bonn nach Stuttgart, Dr. H. Oster von Flamersheim nach Bonn.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. H. Vogel von Paderborn, Dr. A. Ingendahl von Aachen, Dr. A. Dopple von Danzig, Dr. H. Beutnagel, Dr. B. Latz, Dr. J. Heinemann und E. Schlesinger von Berlin.

Baden.

Praxis hat aufgegeben: Dr. Karl Barth in Baden.

Verzogen: Dr. M. Pappenheim, Dr. W. Kreienberg und Dr. W. Bender von Heidelberg, Dr. W. Winter und Dr. S. Samelson von Freiburg, letzterer nach Leipzig, Dr. Th. Schnittkin von St. Blasien nach Posen, Dr. Jos. v. Kolanowski und Dr. Joh. Bohmeyer von Sanatorium Wehrawald in Todtmoos, ersterer nach Posen, letzterer an die Heilstätte Vogelsang bei Gommern, Dr. K. Schaubinger von Todtnau nach Schopfheim, Dr. H. Baumgärtner von Baden nach Homburg v. d. H.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Baumgärtner in Baden-Baden, Oberamtsarzt a. D. F. Fischer in Bretten.

Oldenburg.

Auszeichnungen: Titel Medizinalrat: Dr. Eden, Oberarzt am Peter Friedrich Ludwig-Hospital in Oldenburg.
Titel Sanitätsrat: Dr. Blanke in Essen.

Gestorben: San.-Rat Dr. Ott in Brake.

Sachsen-Meiningen.

Gestorben: Dr. Pfeiffer in Pößneck.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 19. April 1913 | No. 16

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang | Berlin, 19. April 1913 | No. 16

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Mitteilungen über Gynesan, Frauen-Nährsalz.

Von

Dr. **Troschke** (Herford i. W.).

Im Gegensatz zu den vielen vorhandenen organischen Nährpräparaten fehlt es im allgemeinen an solchen anorganischer Natur. Man war — und viele Aerzte sind es heute noch — der Ansicht, daß jeder Mensch zugleich mit der täglichen Nahrung auch die nötigen Salzmengen — vor allem kommen Kalk-, Phosphor- und Eisenmineralien in Betracht — erhält. Für den gesunden Menschen trifft dies auch, rationelle Kost vorausgesetzt, ohne weiteres zu. Aber wie neue wissenschaftliche Untersuchungen (cfr. Albu-Neuberg, Mineralstoffwechsel) gezeigt haben, treten im menschlichen Organismus ebenso häufig nicht ausgeglichene Störungen in der Zufuhr, im Umsatz und Ausscheidung der eingeführten anorganischen Substanzen wie der organischen Stoffe ein, so daß mehr oder weniger die Gesundheit des Individuums erschüttert werden kann. Diesen Mangel eines brauchbaren Ersatzmittels dürfte das vorliegende Präparat, dessen Vertrieb die Adler-Apotheke, Herford i. W., übernommen hat, beseitigen helfen.

Gynesan (γυνή, sanitas), Frauennährsalz, ist ein Pulver von gelblicher Farbe. Ein Teelöffel (3,2 g) dieses Pulvers enthält 0,4 K_2O; 0,01 Na_2O; 0,6 P_2O_5; 0,4 CaO; 0,015 Fe_2O_3; 0,0003 F_2; 0,006 Cl; Acid. citric. 0,001 und entspricht den in einem Liter Frauenmilch vorhandenen Mineralstoffen, nur fehlt das Magnesium als Antagonist des Kalkes und auch die Kalium- und Natriumsalze sind in geringerer Menge vorhanden, weil jeder Erwachsene sie mit der täglichen Nahrung (in Kartoffeln und Kochsalz) genügend in sich aufnehmen dürfte. Für die Gewichtsmengen der einzelnen Bestandteile sind die Untersuchungen von Camerer, Söldner und Abderhalden maßgebend gewesen. Daß für Eisen ein bedeutend höherer Wert vorgesehen wurde, ist auf die bekannte Ansicht v. Bunges über den Eisenmangel der Frauenmilch zurückzuführen. Das Präparat stellt somit, da es die Hauptmineralbestandteile der Frauenmilch in stets gleicher, natürlicher Menge enthält, ein physiologisches Salznährpräparat dar, macht aber keinen Anspruch darauf, ein eigentliches Heilmittel zu sein, wie noch aus folgendem hervorgehen dürfte:

Es hat in erster Linie die Aufgabe, jeder stillenden Frau, die täglich ihrem Säugling aus ihrem eigenen Körperbestande mit ihrer Milch die zu seinem Gedeihen notwendigen Mineralstoffe abgibt, dieses Defizit täglich sicher und einwandfrei zu ersetzen, mag die Frau gesund, oder mag ihre eigene Ernährung aus sozialen Ursachen oder aus Gründen einer Krankheit gestört sein. Desgleichen soll das Präparat jeder gut oder mangelhaft ernährten Schwangeren durch tägliches Einnehmen die Gewißheit geben, daß das zu erwartende Kind auch wirklich bis zur Geburt die seinem Werdegange entsprechenden Mineralien unbedingt täglich durch seine Mutter zugeführt bekommt, ohne daß diese selbst an dem Salzbestande ihres Körpers Einbuße erleidet. Ermangeln doch bekanntlich unsere gebräuchlichsten Nahrungsmittel des Eisens und sind kalkarm, letzteres mit Ausnahme der Kuhmilch, die täglich während der Schwangerschafts- und Stillperiode in Mengen von 1 Liter außer der sonst genügenden Nahrung — also nach Eintritt des Sättigungsgefühls — noch genossen werden müßte, was tatsächlich nur wenige über den langen Zeitraum hin gewissenhaft durchführen werden. — Ferner dürfte das Präparat auch der frühesten Kindheit und der heranwachsenden Jugend, die sehr häufig aus den verschiedensten Gründen unterernährt sind, also auch an Salzmangel leiden, diesen Ausfall an Mineralstoffen eindecken helfen, wobei natürlich die einzelnen Salze des Präparates ihre physiologische und pharmakologische Wirkung auf bestimmte Organe äußern. Aus dem gleichen Grunde wird endlich bei bestimmten Ernährungsstörungen, Krankheits- und Erschöpfungszuständen beider Geschlechter in allen Altersstufen neben der günstigen Allgemeinwirkung des Gesamtinhalts des Präparats doch bald mehr die eine, bald mehr die andere Salzkomponente in ihrer speziellen Wirkung auf gewisse Organe in den Vordergrund treten, so — um nur einiges anzuführen — bei den Wachstumsvorgängen und, wie neuere Untersuchungen gezeigt haben, bei der Tetanie in den frühesten Kindheitsjahren die Calciumsalze, deren Einfluß auf Gefäßblutungen, ferner auf Bronchialasthma und auf tuber-

kulöse Prozesse in den Lungen von großer Bedeutung ist; sodann die Kalisalze, speziell in ihrer Wirkung bei der Skrofulose der Drüsen und Gelenktuberkulose und, wie Cohns Tierexperimente neuerdings erwiesen haben, auch bei der Gicht, wo auch die vorhandenen Phosphate ihre Einwirkung auf die Löslichkeit der Harnsäure im Blut und Harn ausüben würden, neben ihrer sonstigen Eigenschaft, nervöse Zustände günstig zu beeinflussen; bei Blut- und Gefäßerkrankungen würden Calcium, Kali und Eisen eine Rolle spielen usw.

Alles in allem dürfte somit das Gynesan Frauennährsalz nicht nur für Frauen zu bestimmten Zeiten, sondern auch für beide Geschlechter in allen Altersstufen bei Wachstums- und Ernährungsstörungen und bei verschiedenen Erschöpfungszuständen sich als ein brauchbares Mineralnährpräparat erweisen und den Kollegen eine willkommene Unterstützung bei ihren sonstigen therapeutischen Maßnahmen bieten.

Interne Antigonorrhoica und Kavakavin.

Von

Dr. med. **Georg Haedicke**,

Arzt für Haut- und Harnleiden in Berlin.

Die in der modernen chemisch-pharmazeutischen Industrie vorherrschende Richtung, in ihrer therapeutischen Wirksamkeit bekannte und bewährte Heilstoffe zwecks Erhöhung des pharmakodynamischen Effektes zu kombinieren, hat eine kaum noch übersehbare Fülle von therapeutischen Produkten gefördert, so daß dem Praktiker die Wahl sogar zwischen guten und einwandfreien Präparaten schwer fallen muß, trotzdem gerade bei der zu vollem Recht bestehenden Forderung, nicht die Krankheit, sondern den Kranken zu behandeln, eine Individualisierung auch in bezug auf die Mittel doch nur erwünscht sein kann.

Denn durchaus nicht immer sehen wir bei den Patienten eine Toleranz gegenüber jedem Heilmittel und ist es oft schwer genug, das individuell Richtige und Passende zu treffen. Nicht zum wenigsten gilt das für die interne Therapie der Erkrankungen des Genitalapparates und seiner Adnexe und jeder Praktiker weiß, wie sehr die Möglichkeit des Wechselns in der Auswahl der Mittel von zuweilen entscheidendem Nutzen sein kann.

Eine von innen her wirksame Behandlung der Erkrankungen der Harnwege können wir aber kaum entbehren, wenn auch derselben in der Mehrzahl der Fälle nur eine prophylaktische oder unterstützende Stellung zukommen wird; denn die gonorrhoische Infektion der Harnröhre, die uns hier im besonderen interessiert, erfordert logischerweise als eine rein lokale Affektion zunächst auch nur örtlich-therapeutische Maßnahmen, unter denen wir oft genug allein den Prozeß zur Heilung gelangen sehen.

Leider aber vergeht oft genug kostbare Zeit, ehe der Kranke sich entschließt, den Arzt aufzusuchen, und ist die Infektion dann, bei ihrer Tendenz, nach oben fortzuschreiten, durch rein lokale Maßnahmen nicht mehr zu beherrschen. Von diesem Gesichtspunkte aus hat Neisser, um den gefürchteten Komplikationen der Gonorrhoe von vornherein vorzubeugen, die kombinierte Therapie des Trippers in Vorschlag gebracht, welche sich heutzutage wohl einer recht zahlreichen Anhängerschaft erfreut.

Ist auch der normale Harn bereits mit antiseptischen Substanzen, wie den Phenolen, beladen und vermag er so antibakterielle Fähigkeiten gegenüber der Infektion zu entfalten, so scheint es doch je nach der Schwere derselben geboten, diese natürliche antiseptische Potenz des Urins durch gewisse interne Mittel zu steigern und zu erweitern und damit auf indirektem Wege günstigere Verhältnisse für den Ablauf der Erkrankung zu schaffen.

Aus diesen Bedürfnissen resultierte die Tendenz der pharmazeutischen Chemie, neue Arzneikörper von bestimmter Wirkung darzustellen, wobei gerade die interne Therapie eine nicht unwesentliche und durchaus berechtigte Ausgestaltung und Bereicherung ihres Arsenals zugunsten der Kranken erfahren hat.

Denn die Reihe der Indikationen für die internen Antigonorrhoica ist in der Tat eine ziemlich umfangreiche.

Es tritt oft genug der Fall ein, daß der Patient nicht die diskrete Gelegenheit oder die Zeit hat, eine fortgesetzte örtliche Behandlung an sich vorzunehmen oder vornehmen zu lassen, oder es fehlt ihm an Ruhe, Geschicklichkeit oder Intelligenz zur Vornahme lokal-therapeutischer Behandlung, so daß er vom Arzte möglichst ein nur von innen her wirksames Medikament gegen sein Leiden zu erlangen trachtet und der Arzt unter Umständen ganz allein auf die interne Therapie angewiesen sein kann.

Andererseits ist die Zahl der Gonorrhoiker und Cystitiker, bei denen wir auf die Bekämpfung des Krankheitsprozesses durch Interna zurückgreifen müssen, eine verhältnismäßig hohe.

Eine Anzahl gewichtiger Komplikationen können den Arzt zwingen, auf eine lokale Therapie, wenn auch nur vorübergehend, zu verzichten und die Heilung des Erkrankten lediglich durch innere Mittel einzuleiten. Komplikationen, wie Epididymitis, Prostatitis, Cystitis, ferner die Gefahr der Stagnation des Urins durch Hindernisse in der Harnentleerung: Hypertrophie der Prostata, Insuffizienz der Harnblase, Lähmung des Detrusor und impermeable Strikturen, sowie endlich gefährliche Blutungen bei Hämophilen, wo die geringste Läsion beim Bougieren oder Katheterisieren schwer stillbare Blutungen hervorrufen kann, indizieren die interne Therapie, welcher heutzutage eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung steht, deren Vervollkommnung sich in stetigem Fortschritt befindet.

Diese Arzneikörper gruppieren sich bekanntlich in die eigentlichen Harnantiseptica, in die Tees und die balsamisch-aromatischen Substanzen.

Erstere, meist Abkömmlinge des Hexamethylentetramins, wie Urotropin-Neu, Saliformin, Helmitol, Hippol, Hexal, Dextroformin, Cystopurin, sind als Blasenantiseptica hinreichend bekannt und zeitigen durch die Wirkung ihrer jeweiligen Komponenten befriedigende Erfolge in fast allen Fällen abnormer Zersetzungsvorgänge und Gärungsverhältnisse in der Blase, können aber auch von vornherein prophylaktisch und unterstützend in der Behandlung des Trippers ordiniert werden.

Recht gut wirken auch, wo sie angebracht sind, die Tees, unter ihnen in erster Linie Folia Uvae Ursi, Folia Bucco, Rhizoma Graminis, Stigmata Maïdis und Herba Herniariae; allein die übliche Darreichung in Form der Aufgüsse kann oft genug kontraindiziert sein, weil die vermehrte Flüssigkeitsaufnahme durch Reizung des Nierenepithels auch eine gesteigerte Diurese zur Folge hat, welche dann für den Kranken zu einer großen Unbequemlichkeit, ja geradezu zu einer Qual werden kann.

Die dritte Gruppe umfaßt die balsamisch-aromatischen Substanzen, welche in der kombinierten Therapie der gonorrhoischen Erkrankungen als vorbeugende und unterstützende Interna in letzter Zeit die führende Rolle übernommen haben und in allen Fällen vorgezogen zu werden verdienten, in denen eine Toleranz gegen Balsame vorhanden ist.

Die Balsame, dickflüssige Auflösungen von Harzen in ätherischen Oelen, besitzen doppelte Vorzüge: sie bereiten einerseits den Spaltpilzen im Urin einen ungeeigneten Nährboden, andererseits lehrt die empirische Erfahrung, daß diese Körper ganz eigentümliche antikatarrhalische und reizmildernde Eigenschaften auf die Schleimhaut der Harnröhre auszuüben imstande sind.

Sehen wir von den jetzt wohl ganz verlassenen Cubeben und dem oft Nierenreizung erzeugenden Copaivabalsam ab, so bleibt als vornehmster Vertreter dieser Gruppe das echte ostindische Sandelholzöl, dessen Genuß nur bei Idiosynkrasie gegen Balsame überhaupt kontraindiziert erscheint.

Vom Sandelholz, das bereits den Griechen als Räucherwerk bekannt war und von den Arabern als Stomachicum geschätzt wurde, ist in neuerer Zeit das echte ostindische Sandelöl auf Grund seiner vorzüglichen Eigenschaften besonders durch Thomas B. Henderson in die medikamentöse Therapie eingeführt worden und hat sich durch C. Posners warme Empfehlung als internes Antigonorrhoicum bald große Anerkennung erworben und gelangt heute in den verschiedensten Kombinationen und Modifikationen zur Anwendung.

Das echte Oleum Santali ostindicum ist ausgezeichnet durch seine Fähigkeit, nicht nur antiphlogistische und sekretionsbeschränkende Wirkung zu entfalten, sondern bewährt sich auch als positiv-sedatives und antispasmodisches Agens besonders bei Schmerzen, Strangurie und Tenesmus der Blase in höchstem Grade; dabei hat es den Vorzug einer erheblich geringeren Reizwirkung auf die Verdauungsorgane und die Hautfunktion; Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Magendrücken, Ekelgefühl und Erbrechen, sowie

das Auftreten einer echten Urticaria balsamica gehören bei Genuß des echten Präparates wohl zu den größten Seltenheiten und beruhen eben dann auf ausgesprochener Idiosynkrasie des Patienten (Werler [1]).

Bei stürmischem Verlauf des Trippers wirkt das Sandelöl durch seinen beruhigenden, reizmildernden Einfluß, den man durch Kombination mit anderen Substanzen noch steigern und erweitern kann.

Unerläßlich aber ist hierbei die Forderung nach dem reinen unverfälschten Oel, denn nur seine absolute Reinheit verbürgt das Ausbleiben unerwünschter Nebenwirkungen auf die Funktionen des Magens und der Nieren. Wie Meyerhardt (2) festgestellt hat, wird nicht nur oft das minderwertige westindische Sandelöl unterschoben, sondern Copaiva-, Gurjunbalsam, Sesam-, Rizinus-, Leinöl u. dergl. dienen zur Verfälschung und geben so Anlaß zu Störungen schwerer und leichter Art.

Das echte Oleum Santali ostindicum, das einen Gehalt von 95 pCt. Santalol besitzen soll (Boss [3]) hat nun eine große Zahl von Kombinationen mit anderen Körpern erfahren, die hinsichtlich ihrer Vorzüge und Nachteile dem Praktiker bekannt genug sind und hier nicht aufgezählt werden sollen.

Eine in letzter Zeit auf den pharmazeutischen Markt gelangte Kombinationsform des echten ostindischen Sandelöles mit zwei anderen Arzneikörpern von erprobt vorzüglicher Wirkung liegt neuerdings vor in dem von der Chemischen Fabrik Max Jasper Nachf., Bernau, dargestellten Präparat „Kavakavin", welches ich in einer großen Anzahl von Fällen auf seinen Heilwert geprüft habe und das bezüglich seiner Wirkung interessante Resultate ergab, die deshalb nicht unerörtert bleiben sollen.

Das Kavakavin besteht seiner Zusammensetzung nach aus drei Komponenten, indem der Grundsubstanz, dem eben besprochenen ostindischen Sandelöl, das Kawakarz einerseits und das Hexamethylentetramin andererseits hinzugefügt wurden, Substanzen, die eine gesteigerte Wirkung des Sandelholzöles erwarten ließen.

Das Kawaharz, gewonnen aus der Wurzel der auf den polynesischen Inseln heimischen Piperacee, Piper methysticum, Rauschpfeffer, wird seit langer Zeit von den Eingeborenen als Antigonorrhoicum verwendet.

L. Lewin (4) hat aus der Kawawurzel die wirksamen Bestandteile isoliert, nachdem vor ihm andere Forscher chemische Untersuchungen und Analysen der Droge vorgenommen hatten.

Nach Lewin ist der wesentliche Teil der dem Bambus ähnelnden, strauchartigen Pflanze die Wurzel; dieselbe, im Durchschnittsgewicht von 3 kg, besitzt pfefferähnlichen Geruch und dient zur Bereitung eines Getränkes, welches im religiösen und politischen Leben der Eingeborenen eine große Rolle spielt und dessen Bereitung und Genuß mit besonderen Zeremonien verknüpft ist. Die Wurzelstücke werden gekaut, die gekauten Bissen in einem Gefäß mit Wasser verrührt, gegoren und coliert.

Das Kauen der Wurzel erzeugt anfänglich einen würzigen Geschmack, dem bei längerem Kauen sich ein beißendpfefferähnlicher hinzugesellt. Unter vermehrter Speichelsekretion tritt später Verlust der Sensibilität der Mundschleimhaut und des Geschmackes ein, so daß Chinin nicht mehr empfunden wird (Lewin).

Zwei aus der Wurzel kristallisierbare Körper werden durch das Kawahin und Yangonin repräsentiert; den wirksamen Bestandteil bildet ein Harzgemisch aus dem von Lewin so benannten α- und β-Kawaharz, das in Alkohol, Aether und Chloroform löslich, in Wasser dagegen unlöslich ist.

Während Kawahin und Yangonin sich für die Organfunktionen indifferent erweisen, zeigt das Harzgemenge wichtige pharmakodynamische Eigenschaften.

Außer der bereits erwähnten Wirkung auf die Sensibilität der Mundschleimhaut tritt bei Applikation des Harzgemisches in den Conjunctivalsack, analog dem Kokain, Anästhesie der Cornea und Conjunctiva ein, desgleichen folgt bei subkutaner Anwendung lokale Anästhesie an der Injektionsstelle; wird die Einspritzung in die tieferen Schichten der Haut gemacht, so wird, nach Goldscheiders Versuchen, außer dem Temperatursinn die Druck- und Schmerzempfindlichkeit so gut wie aufgehoben, doch tritt auch hier, infolge mangelhafter Resorption des Harzes, eine Ausbreitung der Anästhesie in die weitere Umgebung nicht ein.

Tierversuche an Kalt- und Warmblütern ergaben in übereinstimmender Weise eine starke Beeinflussung des Nervensystems, indem die Herabsetzung der Erregbarkeit sich bis zur völligen sensiblen Lähmung steigert; ebenso werden die reflexvermittelnden Apparate des Rückenmarks sehr bald gelähmt (Lewin).

Die Wirkung des Harzgenusses auf das Allgemeinbefinden entspricht der Menge des dem Organismus zugeführten Harzes: ein aus der Kawa bereitetes, gut filtriertes Getränk wirkt in den Tropen anregend und belebend; auch schweißtreibende und appetitanregende Fähigkeit wird ihm zugeschrieben. Enthält das Filtrat mehr vom Harzgemenge, so tritt nach anfänglicher Euphorie Mattigkeit auf, an die sich tiefer Schlaf zu schließen pflegt. Das gereinigte Kawaextrakt bewirkt ruhigen, erquickenden, von üblen Nachwirkungen nicht gefolgten Schlaf. Das Herz wird nicht beeinflußt, wie überhaupt üble Nebenwirkungen bei Eingabe therapeutischer Dosen nie beobachtet worden sind. Was den speziellen Wert der Droge in der Tripperbehandlung anlangt, so lasse ich die weiteren Ausführungen Lewins hier wörtlich folgen:

> „Auf den Inseln des Stillen Ozeans ist die Droge seit langer Zeit als ein Heilmittel gegen Gonorrhoe benutzt worden. Dieser Gebrauch hat sich nach Frankreich fortgepflanzt. Von Dupuy, Sanné u. a. liegen hierüber Untersuchungen vor. Es wurde dargetan, daß die Schmerzen beim Harnlassen im entzündlichen Stadium dieser Krankheit verschwinden, sobald der Harn mit dem nachweislich in denselben übergehenden schmerzstillend wirkenden Prinzip beladen ist. Die Harnsekretion wird, wie alle Untersucher fanden, sehr vermehrt. Die Vermehrung hielt 3—4 Stunden nach dem Einnehmen an. Wird dann nicht von neuem Kawa verabfolgt, so erscheinen wiederum die Symptome der Dysurie, Schmerzen etc. Die Beschaffenheit des gonorrhoischen Sekretes ändert sich gleichfalls, die gelblichgrüne Farbe geht in Weiß über und zwischen dem 6. und 7. Tage kann der Patient als Rekonvaleszent betrachtet werden. Die Menge des Sekretes hat sich mittlerweile so vermindert, daß ein völliges Sistieren am 8. und 10. Tage erwartet werden kann. Derartige Erfolge kommen auch bei Gonorrhöen zustande, die bereits 20—30 Tage bestanden haben. Sanné sah von einer solchen Behandlung in sechs Fällen Erfolge. In zwei Fällen — Cystitis mit krampfhafter Reizung des Blasenhalses und Cystitis neben Orchitis — hörten bald nach Beginn dieser Medikation die heftigen, seit längerer Zeit bestehenden krampfhaften Beschwerden und intensive Dysurie auf. Er bezeichnet die Kawa geradezu als ein Mittel, das eine in der Behandlung dieser Krankheit vorhandene Lücke ausfülle."

Die pharmakodynamischen Eigenschaften der beiden im Kavakavin enthaltenen Arzneikörper, Sandelöl und Kawaharz, die uns im Gonosan bereits geläufig sind, haben jedoch noch eine Erweiterung dadurch erfahren, daß beiden Substanzen als dritter Heilfaktor das bekannte Harnantisepticum Hexamethylentetramin angefügt wurde.

Das aus Formaldehyd und Ammoniak aufgebaute Hexamethylentetramin wurde von Nicolaier in die Therapie eingeführt.

Der Urin erhält durch Hexamethylentetramin saure Reaktion; selbst stark ammoniakalische Harne werden nach Nicolaiers Beobachtungen sauer. Eine weitere wichtige Eigenschaft, die das Mittel bei Erkrankungen der Blase sehr wertvoll macht, ist seine Fähigkeit, bei Bruttemperatur die Entwickelung von Bakterien, besonders derjenigen der ammoniakalischen Harngärung und des Bacterium coli zu verhüten. Das Medikament kann in kleinen Dosen längere Zeit ohne Schaden für den Digestionstraktus und die Nieren genommen werden, während große Dosen Schmerzen in der Blase und Blutharnen zur Folge haben.

Auf Grund seiner pharmakodynamischen Eigenschaften ist das Mittel außer bei Zuständen der harnsauren Diathese indiziert bei der ammoniakalischen Harngärung, die bei der Möglichkeit genügend langer Verabreichung des Mittels nach Nikolaiers und Heubners Angaben schnell zur Heilung gebracht werden kann; ferner in den zahlreichen Fällen, in denen es im Anschluß an eine akute oder chronische Gonorrhoe zu einer Erkrankung der Blase gekommen ist; desgleichen bei chronischer Urethritis posterior, Prostatitis und Colicystitis; endlich prophylak-

tisch vor oder nach instrumentellen und operativen Eingriffen im Bereich der Harnwege.

Das aus drei der hervorragendsten Vertreter der modernen innerlichen Antigonorrhoica aufgebaute Kavakavin muß demnach theoretisch von vornherein eine zuverlässige Wirkung verbürgen und in der Tat sind die Erfolge bei der praktischen Anwendung denen der besten Kombinationsprodukte des Santalols durchaus ebenbürtig zu nennen.

Literatur.

1. Werler: Therapeutische Monatshefte, 1908, No. V.
2. Meyerhardt: Therapeutische Monatshefte, 1900.
3. Boss: Monatshefte für Harnkrankh. und sexuelle Hygiene, 1904, H. 2—3.
4. Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. III. Auflage, Bd. XII, pag. 118.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Dr. **Dora Fraenkel** (Berlin): **Ueber die normale Körpertemperatur der Kinder und ihr Verhalten bei Bewegung und Ruhe.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 6.)

Die Verfasserin kommt auf Grund ihrer Beobachtungen in der Kinderheilstätte in Borgsdorf bei Berlin zu folgenden Ergebnissen: 1. Körperbewegung ruft gesetzmäßig bei allen Kindern eine Temperatursteigerung bis 38° C. und darüber hervor, die in der Ruhe wieder zur Norm herabsinkt. 2. Diese Temperatursteigerung ist in der Regel unabhängig von der Außentemperatur. 3. Bei neuropathischen Kindern erreicht die Bewegungstemperatur bei einer Außentemperatur von 16—25° C. und darüber höhere Werte als bei nichtneuropathischen. 4. Kinder mit positiver Pirquetscher Reaktion verhalten sich dabei ebenso wie solche mit negativer. 5. Die normale Körpertemperatur überschreitet in der Ruhe bei den meisten Kindern nicht 37,2° C. im After.

Dr. **Walter Beyer** (Rostock): **Diphtheriebacillen im Harn.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Neuerdings wurden von Conradi und Bierast (vergleiche Referat in der „Allg. Med. Central-Ztg.", 1912, Seite 579) in etwa einem Drittel der Fälle Diphtheriebacillen im Harn von Diphtheriekranken oder Diphtherierekonvaleszenten nachgewiesen. Schon früher wurden im Liquor cerebrospinalis die Bacillen in etwa der Hälfte der Fälle gefunden. Diese Befunde sprechen dafür, daß die Diphtheriebacillen in einem Teil der Fälle ins Blut übertreten. Verf. prüfte die Ausscheidung von Diphtheriebacillen im Harn an dem Material der Rostocker medizinischen Universitätsklinik nach. Er untersuchte 19 Fälle, wovon etwa die Hälfte Knaben, die Hälfte Mädchen. Die Patienten wurden jeden zweiten Tag katheterisiert und von dem Urin durchschnittlich 40 ccm, bei spärlichem Bodensatz auch mehr, steril zentrifugiert, das Sediment in toto auf eine Löfflerserumplatte ausgegossen. Es fanden sich in jedem Falle die Bacillen im Harn. Außer den Diphtheriebacillen fanden sich in der Regel noch Staphylokokken (albus oder aureus, zuweilen auch Diplokokken) im Urin. Das Wachstum der Diphtheriebacillen war in den ersten Tagen der Krankheit überaus reichlich; es wurde im allgemeinen spärlicher, je mehr die Fieberperiode zurücklag. In 3 Fällen, wo die Erkrankung 8 Wochen, in einem weiteren Falle, wo sie 10 Wochen zurücklag, fanden sich Bacillen im Harn, ferner bei einem Bacillenträger, bei welchem nicht zu ermitteln war, ob und wann eine Erkrankung stattgehabt hatte. Der Urin enthielt nur in zwei Fällen vorübergehend Albumen, dagegen meist weiße Blutkörperchen, weniger Epithelien der Harnwege und spärlich Erythrocyten, vereinzelt auch Zylinder und Zylindroide. Die Mehrzahl der Fälle war intravenös mit 1—2 ccm des 500fachen Heilserums gespritzt worden; der klinische Verlauf war meist normal. Im Abstrich von der Oberfläche des Rachens und der Tonsillen waren vielfach keine Diphtheriebacillen mehr nachzuweisen, dagegen fanden sich solche, wenn man mit ganz schmalem Tupfer tief in die Lakunen einging, ihn darin eine Weile beließ, bis er sich ordentlich vollgesogen hatte, und dann auf Löfflerplatten aufstrich. Wo vorher kaum etwas oder nichts zu finden war, erfolgte nun meist reichliches Wachstum. Versuche, die Diphtheriebacillen im Urin durch Urotropinmedikation zum Verschwinden zu bringen, verliefen erfolglos. Die Befunde des Verfassers beweisen, daß auch bei der Diphtherie, wie bei den meisten anderen Infektionskrankheiten, eine reichliche Einwanderung von Bacillen in das Blut stattfindet. Wahrscheinlich beherbergen außerdem die verschiedensten Organe die Keime, außer den Lungen wahrscheinlich auch die Nieren und die Blase. Bei zur Sektion gekommenen Diphtheriefällen fand Verf. Diphtheriebacillen in den Nieren schon im Anstrichpräparat. — Die Möglichkeit der Weiterverbreitung der Diphtherie durch den Harn ist nach diesen Befunden nicht zu unterschätzen. R. L.

Chirurgie (einschl. Dermatologie und Odontologie).

E. Ch. Perlis: Ueber Spina bifida. (Dissertation, Berlin 1912.)

An der chirurgischen Klinik der Charité kamen 44 Fälle von Spina bifida im Laufe des letzten Dezenniums zur Behandlung; es waren davon 24 Mädchen, 16 Knaben; bei 4 ist das Geschlecht nicht angegeben. Mit Ausnahme von 3 Fällen, die im Alter von ½, 1½ und 1 Jahr zur Behandlung kamen, waren es neugeborene oder wenige Wochen alte Säuglinge. Lokalisation: fünfmal in der Gegend der Halswirbelsäule, zweimal in der Gegend zwischen Brustwirbelsäule und Kreuzbein, einmal in der Lendenkreuzgegend, siebenmal in der Kreuzgegend und einmal zwischen Lendenwirbelsäule und Steiß. Größe: Taubenei- bis Faustgröße. Differentialdiagnostisch wurden 20 Fälle als Meningocelen, 8 Fälle als Myelocelen, 12 Fälle als Meningomyelocelen, 1 Fall als Spina bifida occulta angesehen. Von den 44 Fällen wurden 20 der Radikaloperation unterzogen, bei 2 die Punktion des Sackes ausgeführt, bei den übrigen 22 wegen der Aussichtslosigkeit von einer operativen Behandlung abgesehen. In den radikal operierten Fällen wurde eine möglichste Exzision des Sackes mit Erhaltung und Reposition der nervösen Bestandteile und Vernähung der Rückenmarkshäute erstrebt. F.

Dr. **Arthur Wagner**, Sekundärarzt d. chir. Abt. d. allg. Krankenhauses in Lübeck: **Ueber das akut in die freie Bauchhöhle perforierende Magengeschwür.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Jan. 1913, Bd. 120, H. 5—6.)

Die einzig rationelle und erfolgversprechende Behandlung des in die freie Bauchhöhle akut perforierenden Magengeschwürs ist nach Verf die Frühoperation. Die Operation innerhalb der ersten 12 Stunden gibt eine günstige Prognose; nach dieser Zeit wird die Prognose rasch ungünstig. Da jedoch auch Fälle mit ausgebreiteter Spätperitonitis durch Operation gerettet wurden, ist der Eingriff als Ultimum refugium auch in Spätfällen indiziert. Der praktische Arzt muß, sobald er ein schwerwiegendes Symptom wahrnimmt, das auf eine akute schwere Unterleibserkrankung, wie Appendicitis, Perforation des Darmes, Magens oder der Gallenblase usw. hinweist, alsbald den Patienten dem Chirurgen überweisen. Nur durch Früheinweisung kann die immer noch erschreckend hohe Mortalität weiter herabgesetzt werden. Bei genauer Berücksichtigung der Anamnese und der Symptome, unter denen der initiale Schmerz und die Défense musculaire an erster Stelle stehen, ist die Diagnose in ²/₃ der Fälle mit Sicherheit möglich. Die Bewertung der Symptome muß mit großer Sorgfalt geschehen; im Zweifelsfalle ist sofort ein Chirurg zu konsultieren. Morphium ist zu vermeiden. Die Operation wird immer sofort vorgenommen. Ohnmacht ist keine Kontraindikation. Das einfachste, am raschesten ausführbare und darum das rationellste Verfahren bei der Operation ist die Lembertnaht der Perforation mit oder ohne Anfrischen der Ränder und Aufnähen eines Netzzipfels. Die Gastroenterostomie ist nur bei Pylorusstenose oder Sanduhrmagen angezeigt. Exzision oder gar Resektion stellen in der Regel zu hohe Anforderungen an den Kräftezustand. Ist die Naht unmöglich, so kann sie durch Netz- oder Gazetamponade ersetzt werden. Zur Reinigung der stark verunreinigten Bauchhöhle ist schonendes Spülen mit warmer physiologischer Kochsalzlösung ohne Eventration des Darmes und ohne stärkere mechanische Insulte des Peritoneums das beste Verfahren. Bei weniger starker Verunreinigung genügt auch das Austupfen. Drainage mit Gummidrains schadet selten, verhindert aber häufig Sekretstauung und Absceßbildung. In der Nachbehandlung ist Schonung des Magens, reichliche Zufuhr von physiologischer Kochsalzlösung perkutan und per rectum sehr zu empfehlen. Kr.

Dr. med. **Feiber** (Wildungen): **Lithotripsie oder Lithotomie?** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Verf. hatte Gelegenheit, als Assistenzarzt von Marc in Wildungen während 9 Jahre bei 745 Lithotripsien zu assistieren. Im ganzen hat Marc während dieser 9 Jahre etwa 900 mal die Lithotripsie ausgeführt. Trotzdem es sich teilweise um recht schwierige Fälle handelte, war es nur 4 mal notwendig, zur blutigen Operation überzugehen. Das Lebensalter der Operierten lag zwischen 11 und 85 Jahren; die Mehrzahl der Operierten war über 60 Jahre; 7 waren bis zu 23 Jahren, darunter ein 23 jähriger mit Cystinsteinen. Nur 6 Kranke waren weiblichen Geschlechts, 4 mit Phosphatsteinen nach gynäkologischen Operationen, 2 mit Uratsteinen. — Die Mehrzahl aller Steine waren Urate. — Was die Operation selbst anlangt, so wurde sie in allgemeiner Narkose nur 6 mal ausgeführt; gewöhnlich genügte Lokalanästhesie. Harnröhre und Blasenhals wurden mit einer 2 proz. Kokainlösung unempfindlich gemacht. Es wurde jedesmal 1 g (!) [Kokain Merck] gebraucht; trotzdem kamen nur 4 mal leichte Intoxikationen zur Beobachtung. Es wurde allerdings immer sehr schnell operiert, so daß das Kokain nicht voll zur Wirkung kommen konnte. Meistens genügte eine Sitzung, mehr als drei waren niemals nötig. Fast durchweg standen die Patienten am Tage nach der Operation stundenweise auf und gingen am folgenden Tage aus. Nur ausnahms-

weise, bei stärkeren urethralen Blutungen, falschen Wegen oder schwer passierbarer Harnröhre, wurde nach der Operation ein Verweilkatheter gelegt. — Todesfälle kamen im ganzen 8 vor, davon nur 4 infolge des operativen Eingriffs. 2 alte Prostatiker erlagen einer starken Blutung mit Gerinnselbildung, ehe man durch die Sectio alta eingreifen konnte. In einem dritten Falle trat nach der Aspiration bei einem 83 jährigen, durch heftigen Blasenkatarrh sehr geschwächten Patienten eine Pericystitis ein, welcher der Patient nach 2 Tagen erlag. Sektion wurde nicht gemacht. In 4 Fällen handelte es sich um eine Peritonitis, welche von einem langen, schmalen Divertikel der Blase ausgegangen war; im Divertikel selbst war eine kleine Ruptur. — Was das Zurückbleiben von Trümmern nach der Lithotripsie anlangt, so kann man bei sorgfältigster Aspiration und evtl. Cystoskopie dafür garantieren, daß die Blase frei von Trümmern ist. — Verf. spricht sich auf Grund seiner Erfahrungen dahin aus, daß der Steinschnitt nur im äußersten Notfalle gemacht werden sollte, für gewöhnlich aber die Lithotripsie. R. L.

Dr. **Hoffendahl**, Lehrer der Zahnheilkunde a. d. Universität Berlin: **Erkrankungen der Zahnpulpa. Periodontitis.** (Medizinische Klinik, 1912, No. 29.)

Periodontitiden entstehen in der Hauptsache als Folge der Zahncaries respektive der Pulpaerkrankungen dadurch, daß putride Pulpareste durch das Foramen apicale dringen und das Periodontium infizieren. Auf die subjektiven und objektiven Symptome einer Periodontitis üben die verschiedenen Stadien der Entzündung einen Einfluß aus. Im Anfang wird der betreffende Zahn gegen Berührung empfindlich, er schmerzt beim Aufbeißen und erscheint verlängert. Dann treten spontane Schmerzen (im Gegensatz zur Pulpitis) meist nachts auf; es wird in der fraglichen Kieferpartie ein pulsierendes Klopfen und ein Gefühl der Schwere empfunden. Kalte Speisen üben keinen besonderen Reiz aus, warme dagegen verursachen Schmerzen. Objektiv zeigen sich bei der Periodontitis folgende Symptome: Ein Druck auf die Alveole und den Zahn ist schmerzhaft; die betreffende Partie des Alveolarfortsatzes ist aufgetrieben; eventuell besteht eine ödematöse Schwellung der Weichteile des Gesichtes. Im Gegensatz zu Zähnen mit lebender Pulpa geben die periodontitischen Zähne beim Beklopfen mit einem locker gehaltenen Stahlinstrument einen dumpfen, toten Klang, erstere einen hellen. Im weiteren Verlaufe findet sich im Zahnfleische eine feine Fistelöffnung, eine Zahnfleischfistel, bisweilen bilden sich Wangenfisteln, Kinnfisteln usw. oder der Eiter senkt sich oder entleert sich in die Nasenhöhle, in den Sinus maxillaris usw. Auch die Schwellung der regionären Lymphdrüsen ist ein Symptom der Periodontitis. Die Diagnose ergibt sich aus den geschilderten Symptomen.

Therapie: Die Extraktion des Zahnes ist die einfachste und radikalste Behandlung. Häufig schwinden die Schmerzen nach der Extraktion nicht sofort, wenn sich die Periodontitis in dem Anfangsstadium befunden hat. Ausspritzen der Alveole mit kaltem 3 proz. Karbolwasser oder Austupfen der Wunde mit konzentrierter Karbolsäure oder Orthoform behebt die Nachschmerzen; auch kalte Spülungen, Eis usw. mildern den Schmerz. Hat die Periodontitis aber schon zur Eiterung geführt, so muß nach der Extraktion des Zahnes der Eiter durch warme Spülungen, feuchtwarme Kataplasmen, durch Inzision, Drainage oder ähnliches möglichst aus dem Gewebe entfernt werden. Soll der Zahn erhalten werden, so muß die Pulpenkammer freigelegt, die Wurzelkanäle mechanisch gereinigt und desinfiziert werden. Auch hierzu ist eventuell die Trepanation des Zahnes am Zahnhalse erforderlich. Zur Beseitigung der periodontitischen Schmerzen sind ferner zu empfehlen lokale Blutentziehung, Applikation von Jodtinktur, Canthariden usw., kalte Spülungen oder Eisstückchen in den Mund zu nehmen und Abführmittel oder warme Fußbäder. Kr.

Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.): **Nachtrag zu meiner Mitteilung „Heilung eines Falles von Hautsarkomatose durch Thorium X“.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

In Ergänzung seiner Arbeit in No. 47 der Münch. med. Wochenschrift (vergl. das Referat in No. 7 unserer Zeitung) teilt Verf. mit, daß etwa 4 Wochen nach der letzten Besichtigung des Pat. sich neue Knoten auf dem Rücken und auf den Armen zeigten. Der Patient erhielt darauf nochmals eine Injektion von Thorium X (1000 elektrostatische Einheiten). Wenige Wochen darauf erkrankte der Patient an ausgedehnten Metastasen der inneren Organe. Schließlich erfolgte unter schweren meningitischen Erscheinungen sowie unter einer frischen Eruption von Sarkomknoten am linken Unterarm der Exitus. Die Sektion konnte nicht gemacht werden. R. L.

Albrecht Meyenburg: Ein Fall von Ichthyosis congenita. (Dissertation, Berlin 1912.)

Während die makroskopischen Bilder der Ichthyosis congenita-Fälle bei den meisten Autoren große Aehnlichkeiten aufweisen, finden sich zahlreiche Variationen nach der mikroskopischen Seite hin. Die Abweichungen bei den verschiedenen Autoren erstrecken sich auf folgende Punkte: Intensitätsschwankungen in der Dicke des Stratum corneum, Stratum Malpighii und Stratum reticulare. Am konstantesten ist die Verdickung der Hornhaut. Schwankungen im Vorhandensein von Lanugokleid, Talg- und Schweißdrüsen sowie Vernix caseosa-Bedeckung bei der Geburt. Verschiedenheiten im Verhalten der Talgdrüsen, die bald obliteriert sein sollen, bald stets zur Oberfläche gelangen. Oefter sollen sich auch Zellreste und eingeschlossene Detritusmassen im Stratum corneum gefunden haben. Bei dem der Arbeit zugrunde liegenden Fall aus dem Charlottenburger Krankenhause variiert die Hornhaut in der Dicke an allen Körperteilen. Sie hat keine Einschlüsse oder versprengte Epithelien. Qualitativ scheint die Hornhaut hier ähnlich beschaffen zu sein, wie die normale Hornhaut der Planta pedis et manus. Durch ungestümes Wachstum geht das Keratohyalin in das Eleidin und Pareleidin in ungeregelten Abgrenzungen über. Stratum lucidum und granulosum sind mit je einer Eigenschaft in einer Schicht vereinigt. Neben vielen Talgdrüsen finden sich in der Körperhaut keine Haaranlagen. Die Talgdrüsenausführungsgänge sind in Hornzapfen eingeschlossen. Die Richtung derselben wird bedingt durch den Spannungszug des elastischen Gewebes am Grunde der Epidermisrisse. Keine Schweißdrüsen in der Körperhaut. Starke Seborrhoe bei der Geburt. Schweißdrüsen an der Planta manus et pedis vermehrt. Schleimhäute in der Nähe der äußeren Haut in allen Teilen hypertrophisch. Die Risse entstehen bereits intrauterin und verlaufen in der Richtung der Bindegewebszüge. F.

Gynäkologie und Tokologie.

B. Schapiro: Zwillings- und Mehrlingsgeburten in der königl. Charité-Frauenklinik vom 1. Januar 1905 bis 1. Januar 1910. (Dissertation, Berlin 1912.)

Unter ca. 14 370 Geburten, die in obiger Zeit und Klinik stattfanden, waren 186 Zwillings- und 2 Drillingsgeburten. Es kamen also 1 Zwillingsgeburt (1.29 pCt.) auf 77 und 1 Drillingsgeburt auf 7185 Geburten vor. Nach der Beobachtung des Verfassers fanden sich unter 159 Zwillingen 123 Dichoriaten und 36 Monochoriaten. Unter 158 Placenten waren 92 gemeinsam und 66 getrennt. Verf. fand unter 179 Zwillingspaaren 75 mal (41,9 pCt.) Knabe und Mädchen, 61 mal (34,08 pCt.) 2 Knaben und 43 mal (24,02 pCt.) 2 Mädchen. Die Zahlen der Zwillingsfrüchte des männlichen und weiblichen Geschlechtes verhielten sich wie 197:161 bezw. 55:45 pCt. Nur ein geringer Teil der Zwillinge (18 Knaben und 7 Mädchen) haben das normale Gewicht erreicht. Die Gewichtsdifferenz zwischen beiden Zwillingen betrug 0 g 5 mal, 10—100 g 40 mal, 100—200 g 24 mal, 200—300 g 28 mal, 300—400 g 19 mal, 400—500 g 11 mal, 500 bis 600 g 12 mal, 600—700 g 4 mal, 700—800 g, 800—900 g, 900 bis 1000 g je 3 mal, 1000—1100 g 5 mal, 1100—1200 resp. 1210 resp. 1390 resp. 1500 resp. 1950 g je 1 mal. Die größte Zahl der Zwillingsmütter stand im Alter von 23—29 Jahren. Nach der vorliegenden Beobachtung waren bei 186 Zwillingsgeburten die Mütter erstgeschwängert 98 mal, zweitgeschwängert 48 mal, drittgeschwängert 15 mal, viertgeschwängert 10 mal, dann stets weniger als 6 mal. Mehr als die Hälfte der Zwillingsgeburten entfällt auf die Erstgeschwängerten. Die Zahlen der Primi- und Pluriparen verhalten sich wie 98:88 bezw. 52,68:47,32 pCt. Das Prävalieren der erstgebärenden Zwillingsfrauen ist darauf zurückzuführen, daß in der Klinik die Gesamtzahl der Erstgebärenden die der Mehrgebärenden bedeutend überwiegt. Das normale Ende der Schwangerschaft erreichten 70 Zwillingspaare (41,18 pCt.); die übrigen 100 (58,82 pCt.) wurden frühzeitig ausgestoßen. Die Zahlen der tot- und lebendgeborenen Kinder verhalten sich wie 64:298 bezw. 17,68:82,32 pCt. Von den totgeborenen Kindern waren 14 maceriert, 8 stammten von mit Lues behafteten Müttern, in 3 Fällen waren einzelne Anhaltspunkte für Lues vorhanden; 3 mal war die Ursache der Totgeburt Placenta praevia, 1 mal Oligohydramie. Auch für die lebend geborenen Zwillingskinder gestaltete sich die Prognose in bezug auf ihr weiteres Gedeihen ungünstig. Kurz nach der Geburt und in den nächsten Tagen starben an Lebensschwäche 52 Kinder, was im Verhältnis zur Gesamtzahl der Früchte 14,36 pCt. ausmacht. Auch hier ist die Ursache des Todes der Kinder in ihrer mangelhaften Entwicklung zu suchen. F.

Dr. **Hugo Hellendall** (Düsseldorf): **Weitere Erfahrungen mit meiner Methode der Credéisierung.** (Zentralbl. f. Gynäkologie, 1912, No. 42.)

In der Frage, welche Methode und welches Mittel sich für die Credéisierung am meisten eignet, besonders auch in Hinsicht auf ihre obligatorische Anwendung, deren Notwendigkeit in der Neuzeit immer entschiedener gefordert wird, zum Teil sogar mit bestem Erfolge, wie in Bayern und Salzburg, eingeführt ist, ist eine Einigung bis heute nicht erzielt. Zweifel und v. Herff haben wie viele andere vor ihnen den Weg eingeschlagen, an Stelle des Argentum nitricum ein neues Mittel zu setzen, nämlich Zweifel das Argentum aceticum und v. Herff das Sophol. Verf. vorliegender Arbeit glaubte sich auf einem neuen Wege dem Ziele zu nähern, indem er empfahl, das Argentum nitricum in Ampullen zu verschließen, und dafür

eine geeignete Pipette angab, wodurch er hoffte, die dem Argentum nitricum immer wieder nachgesagten Nachteile definitiv zu beseitigen. Obgleich Verfassers Methode an tausend Fällen in 6 Anstalten und in der allgemeinen Hebammenpraxis durch 39 Hebammen gründlich nachgeprüft und günstig beurteilt ist, hat eine weitere Nachprüfung der Angaben des Verfassers, die in einer so wichtigen Frage doch Anspruch auf Berücksichtigung haben, nicht stattgefunden. Der Zweck vorliegender Untersuchungen ist nun, der Behauptung entgegenzutreten, daß das Argentum nitricum an sich in 1 proz. Lösung (1—2 Tropfen) Reizerscheinungen macht. Verf. erbringt den Beweis, daß der Argentumkatarrh keine Eigenschaft des Argentum nitricum ist, sondern daß wir, wenn wir es mit Reizerscheinungen am Auge nach 1 proz. Argentum nitricum zu tun haben, eine zersetzte, freie Säure enthaltende Argentum nitricum-Lösung vor uns haben. Diese an 1000 Augen gewonnene Erfahrungstatsache bringt endlich Licht in die so widersprechenden Angaben nach der Credéisierung mit Argentum nitricum. Es ist damit einer der Hauptvorteile, den die anderen, neuen Mittel gegenüber dem Argentum nitricum haben sollten, tatsächlich nicht mehr vorhanden.

Zweck von Dr. Hellendalls Argentum nitricum-Ampullen ist: 1. Zersetzung und Verdunstung der Argent. nitr.-Lösung auszuschließen. Argent. nitric.-Lösungen in gewöhnlicher Flaschenfüllung sind leicht zersetzlich. 2. Einen einzelnen Tropfen genau zu dosieren und zeitlich zu begrenzen. 3. Die Berührung der Hornhaut durch einen harten Gegenstand, wie die Kuppe eines Glasstabes oder den Rand der Pipette, zu vermeiden.

Da bisher in der Regel vom Arzt für jede Geburt 5,0 bis 10,0 der leicht zersetzlichen Argent. nitr.-Lösung frisch verordnet werden, deren Rezepturpreis mit Pipette 0,90—1,10 M. beträgt, während die Ampulle mit Pipette nur 20 Pfg. kostet, so stellt sich die Verwendung von Dr. Hellendals Argent. nitr.-Ampullen im Gebrauch auch erheblich billiger. Preis: Karton von 10 Ampullen à 0,5 ccm mit Pipetten 2 M. Fabrikation: Chemische Fabrik Reisholz, G. m. b. H. (vorm. Gebr. Evers), Reisholz bei Düsseldorf. Kr.

P. Baumm (Breslau): **Erfahrungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 5.)

Der suprasymphysäre Kaiserschnitt nach Frank wurde ursprünglich als extraperitoneale Operation gedacht, doch gelingt es nur selten, die Operation rein extraperitoneal durchzuführen. Verf. gelang dies unter 25 Fällen nur 2 mal. Latzko modifizierte dann die Operation dadurch, daß er vorschlug, durch Beiseiteschieben der Blase extraperitoneal an den Uterus heranzukommen. Nach der Latzkoschen Methode operierte Verf. 75 Fälle. Leider gelingt es auch hierbei nicht, das Peritoneum in allen Fällen unverletzt zu erhalten. Zwar gelingt es meist, die Cervix uteri ohne Bauchfellverletzung freizulegen, doch reißt oft bei der Extraktion des Kindes die Umschlagsstelle des Bauchfells ein. Dies trat bei Verf. in 27 Fällen ein, während es in 48 Fällen gelang, die Operation rein extraperitoneal durchzuführen. Unter den 100 suprasymphysären Kaiserschnitten, von denen also die Hälfte rein extraperitoneal, die andere Hälfte transperitoneal operiert wurden, betrug die Mortalität der Mütter 5; ein Todesfall erfolgte durch Eklampsie, in den anderen 4 Fällen beruhte der Tod auf Infektion. Allerdings hatten 22 Fälle bei der Operation bereits übelriechendes Fruchtwasser und zum Teil Fieber; in 11 weiteren Fällen war die Blase bereits tagelang gesprungen; in 19 Fällen war das Wasser schon vor 7—24 Stunden abgeflossen. Also 52 Fälle waren unrein. Die übrigen 48 Fälle wurden entweder bei stehender Blase oder doch innerhalb der ersten 6 Stunden nach dem Blasensprung operiert. Von den 95 überlebenden Müttern konnten 53 innerhalb 2—3 Wochen entlassen werden; die kürzeste Heilungsdauer betrug 12 Tage. 42 Fälle zeigten einen infolge von Fieber und Wundeiterung verzögerten Heilungsverlauf. Verf. schätzt auf Grund seiner Erfahrungen die mütterliche Mortalität des suprasymphysären Kaiserschnittes bei infizierten Fällen auf 8 pCt. Fälle mit höherem Fieber und solche mit zersetztem Fruchtwasser dürfen also der Operation, so lange wir sie nicht sicher experitoneal durchführen können, nur soweit unterworfen werden, als die Rettung des Kindes den hohen Einsatz von 8 pCt. mütterlicher Mortalität im besonderen Falle rechtfertigt. Dagegen eignen sich für den Suprasymphysärschnitt alle Fälle, die nicht höheres Fieber oder zersetzten Uterusinhalt aufweisen. Die mütterliche Mortalität war dabei, gleichgültig, ob extra- oder transperitoneal operiert wurde, bei Verfassers Material höchstens 2 pCt. Doch gab der rein extraperitoneal durchgeführte Suprasymphysärschnitt etwa 3 mal bessere Resultate hinsichtlich der Mortalität der Mütter als der transperitoneale. — Die Technik der Operation ist folgende: Der Schnitt durch die Haut wird in Längsrichtung oder quer nach Pfannenstiel angelegt, letzteres nur in ganz reinen Fällen. Die Trennung der Bauchmuskeln geschieht in der Linea alba bis zum Peritoneum parietale. Nunmehr wird die Blase zur Seite geschoben, ohne daß sie aufgefüllt wird, entweder von links nach rechts oder von rechts nach links. Bei wiederholter Operation wird die andere Seite als bei der ersten Operation gewählt, um eventuellen Narbenschwierigkeiten aus dem Wege zu gehen. Die vom Collum abgeschobene Blase wird samt den Wundrändern der Bauchwand durch breite Wundhaken zur Seite gezogen, bis eine genügend große Partie der vorderen Cervixwand bloßliegt. Es folgt die Eröffnung des Collum uteri von der Umschlagsfalte des Peritoneums bis möglichst tief hinter der Symphyse herab. Durch die so geschaffene Oeffnung wird das Kind, meist mit der Zange, extrahiert. Die Placenta wird sofort anschließend durch Druck auf den Fundus und Zug an der Nabelschnur entfernt. Die Uteruswunde wird dann mittels zweireihiger Katgutnaht vereinigt. Es folgen einige Muskelnähte und schließlich die Naht der Haut. Verletzungen des Peritoneums werden sofort mit Katgut vernäht. Was die Nachbehandlung anlangt, so werden reine Fälle mit trockenen Wundverhältnissen nicht drainiert; reine Fälle mit stärkerer Wundsekretion werden mittels Glasdrains für kurze Zeit durch die Bauchdecken drainiert. Sicher unreine Fälle werden nach der Scheide mit Jodoformgaze und nach oben mit Glasdrain drainiert. Zweifelhafte Fälle werden nur nach der Scheide drainiert. Ist der Cervicalkanal schon entfaltet, so ist die Operation leichter; man kann aber auch, wenn nötig, bei unentfaltetem Cervicalkanal operieren. — An Komplikationen, die vorgekommen sind, erwähnt Verf. Einrisse der Blase beim Abschieben vom Uterus (4 mal), eine Bauchdeckenblasenfistel, die sich bald von selbst schloß (1 mal), Schenkelvenenthrombosen (9 mal). 11 mal hatte Verf. Gelegenheit, den suprasymphysären Kaiserschnitt bei derselben Frau ein zweites Mal zu wiederholen, ohne daß Schwierigkeiten dabei auftraten. Dreimal machte Verf. die Operation nicht bei derselben Frau; wo es nötig war, zum dritten Male zu operieren, wurde der klassische Kaiserschnitt gewählt, um in solchen Fällen die Sterilisierung der Frau anzuschließen. — Von den Kindern kamen 7 tot, darunter 1 Akranios. R. L.

Ophthalmologie.

Gerhard Schwartzkopff: Eine kleine Konjunktivitisepidemie, verursacht durch Influenzabacillen. Aus der Rostocker Augenklinik. (Dissertation, Rostock 1912.)

Die Arbeit ist von Interesse, weil von den akuten Konjunktivitisformen, die epidemisch auftreten, bisher noch wenig Epidemien bekannt sind, bei denen der Influenzabacillus mikroskopisch und kulturell als einziger Erreger in Frage kommt. Zwei Kinder einer trachomkranken Frau wurden ins Armenhaus verlegt. Sämtliche 11 Kinder, die mit diesen beiden in demselben Zimmer schliefen, waren im Laufe von 2 Tagen an einer ausgedehnten eitrigen Augenentzündung erkrankt und boten schon bei der ersten oberflächlichen Betrachtung durchaus übereinstimmend das gleiche klinische Bild: Die Lidspalten und besonders die Gegend der inneren Lidwinkel waren mit reichlichem, dickflüssigem, außerordentlich zähem, grüngelbem Eiter bedeckt. Auffallenderweise waren bei jenen beiden Kindern die Krankheitserscheinungen viel geringer ausgeprägt, als bei den anderen; bei ihnen war eigentlich nur eine ganz spärliche Sekretion in den inneren Lidwinkeln zu bemerken. Auf dieses wenig für eine trachomatöse, wohl aber für eine bakteriell-infektiöse Erkrankung sprechende klinische Bild hin wurden die Kinder (13) sofort in die Rostocker Augenklinik gebracht, um dem Ausbreiten der Epidemie im Armenhause entgegenzutreten. Daß es sich um eine solche handelte, dafür sprach zur Genüge das Ergriffensein sämtlicher in demselben Zimmer wohnender und Bett an Bett schlafender Kinder. Für die Art und Ausbreitung der Infektion ist wohl der Umstand zu beschuldigen, daß gelegentlich ein und dasselbe Tuch zum Abtrocknen und Auswischen der Augen benutzt worden war. Bei allen 13 Kindern wurden Ausstrichpräparate angefertigt, welche 3 mal Staphylokokken, 4 mal Streptokokken und 5 mal Xerosebacillen ergaben; in allen 13 Präparaten aber fanden sich kleine gramnegative Stäbchen in größerer Zahl, welche als Influenzabacillen morphologisch und kulturell erkannt wurden. Auch das tinkturielle Verhalten stützte diese Diagnose. Therapeutisch wurden Jodtrichloridumschläge und solche mit Zink-Ichthyolsalbe angewandt. Erstere ohne, letztere mit ganz geringem Erfolge. Dagegen gelang es durch Touchieren der Bindehäute mit 2 proz. Argentum nitricum sämtliche Krankheitserscheinungen, wie auch die Bacillen innerhalb 14 Tagen zum Schwinden zu bringen. Bei einer Kontrolluntersuchung nach Ablauf eines Monats konnten in keinem Falle mehr Symptome oder Influenzabacillen gefunden werden. F.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Rigler** (Darmstadt): **Ueber Neubornyval.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Verf. hat Neubornyval bei verschiedenen Formen nervöser Störungen, reinen Neurasthenien und Hysterien, Herzneurosen, Formes frustes von Morbus Basedowii und einer Reihe traumatischer Neurosen mit Erfolg angewendet. Er gibt 4 bis

8 Kapseln pro die. Neubornyval ist die Isovalerylglykolsäure; es ist eine farblose, fast völlig geruch- und geschmacklose, ölige Flüssigkeit, welche in Wasser unlöslich, dagegen leicht löslich in Weingeist, Aether, Benzol und fetten Oelen ist. Neubornyval verhält sich gegen künstlichen Magensaft bei 37 ° C. resistent; es passiert demnach den Magen unzersetzt und wird erst im Darm unter Aufnahme von Wasser in Borneol, Baldriansäure und Glykolsäure gespalten. Während bei Bornyval von den Patienten über ein sehr lästiges Aufstoßen nach Einnehmen des Präparats häufig geklagt wurde, findet bei Neubornyval dieses Aufstoßen fast niemals statt; um es ganz sicher zu vermeiden, empfiehlt es sich nach Verf., das Neubornyval während der Mahlzeit nehmen zu lassen. Sehr wesentlich für einen dauernden Erfolg scheint es zu sein, daß man das Präparat längere Zeit andauernd fortnehmen läßt und daß man, mit kleinen Dosen anfangend, allmählich ansteigt, dann aber auch nicht plötzlich aufhört, sondern schließlich kleine Dosen, etwa 2—3 Gelatineperlen pro Tag, noch längere Zeit hindurch nehmen läßt. 8 Gelatineperlen pro Tag hält Verf. als Maximaldosis für ausreichend.

Dr. **Jarosch** (Heilstätte Friedrichsheim): **Mesbé bei Lungentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Verf. berichtet über 13 Fälle von Lungentuberkulose des dritten Stadiums, welche in der Heilstätte mit Mesbé behandelt wurden. Die Anwendung geschah in der Weise, daß die Kranken 2 mal täglich mit einer Lösung von 1 g Mesbé in 50 g heißem Wasser inhalierten (mittels eines Zerstäubers) und außerdem 3 mal täglich eine Lösung von 1 g Mesbé in 100 g heißem Wasser tranken. Daneben erhielten die Kranken keinerlei Medikamente. Die meisten Kranken gaben an, daß das Mittel den Auswurf leichter löse und vermindere. Eine besonders günstige Wirkung auf den Appetit wurde nicht angegeben; bei einigen Kranken wurde der Appetit sogar geringer. Die Gewichtszunahme war gegenüber den nicht mit Mesbé behandelten Fällen nicht verändert. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, aber auch nicht eine spezifische, bessernde Wirkung gegenüber der Tuberkulose. Nur in einem einzigen Falle war eine Besserung festzustellen. In den übrigen blieben die Tuberkelbacillen im Sputum. In 2 Fällen traten gegen Ende der Behandlung (diese wurde 1—3½ Monate bei den verschiedenen Kranken fortgesetzt) schwere Hämoptöen auf, die sich bei den betreffenden Kranken früher nie gezeigt hatten. Eine Veränderung im Röntgenbefund der Lungen sowie in der Pirquetschen Reaktion war in keinem Falle festzustellen. In einem Falle bestand gleichzeitig Larynxtuberkulose; diese wurde örtlich mit Mesbé behandelt, ebenfalls ohne jede günstige Wirkung.

Dr. S. **Herzberg** (Greifswald): **Klinische Versuche mit den isolierten wirksamen Substanzen der Hypophyse.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Die Höchster Farbwerke haben neuerdings aus der Hypophyse basische Substanzen isoliert, die mit Schwefelsäure ein gut kristallisierendes Salz bilden. Diese Salze, deren Gesamtmenge die Bezeichnung „Hypophysin" erhielt, wurden im pharmakologischen Institut der Universität Freiburg geprüft. Es ergab sich dabei, daß 1 ccm der 0,1 proz. Lösung in seiner Wirkung 1 ccm Pituitrin entspricht. Die Verfasserin unterzog das Hypophysin in der Greifswalder Universitäts-Frauenklinik einer klinischen Prüfung. Als Einzeldosis bewährte sich 1 ccm der 0,1 proz. Lösung. Folgende Ergebnisse wurden erzielt: Hypophysin macht die vorher schlechten und unregelmäßigen Uteruskontraktionen zu guten; es macht keine Krampfwehen und keine Dauerkontraktionen. Es ist ein für Mutter und Kind ungefährliches Wehenmittel, das in jedem Geburtsstadium wirkt und keine stärkeren Nachgeburtsblutungen nach sich zieht. Die Einleitung der Geburt bei übertragenem Kinde, am Ende der Gravidität und eine Woche vor dem berechneten Schwangerschaftsende gelang in einigen Fällen mittels Hypophysin prompt und ohne Verlängerung der normalen Geburtsdauer. Eine Einleitung der Geburt mehrere Wochen vor dem Schwangerschaftsende konnte durch Hypophysin nicht erzielt werden, obwohl danach Wehen in regelmäßigen Intervallen mehrere Stunden lang auftraten. Bei Kombination mit Metreuryse setzten in zwei Fällen von Placenta praevia die Wehen einige Minuten nach Injektion des Hypophysins ein. Der mit 500 ccm Flüssigkeit gefüllte Metreurynter wurde nach knapp drei Stunden ausgestoßen und die Wendung und Extraktion wurde sofort mit gutem Erfolge angeschlossen. In Fällen von äußerst schwerer Atonia uteri, in denen zum Teil Sekalepräparate (intramuskulär gegeben) versagt hatten, wurden mittels Hypophysin, das direkt durch die Bauchdecken hindurch in das Corpus uteri injiziert wurde, augenblickliche Kontraktionen erzielt. (Injektionen in die Cervix hatten in einem anderen Falle von leichter Atonie keinen Erfolg.) Durch Kombination des Hypophysin mit Sekalepräparaten kann der Uterus, der sich gegen Sekalepräparate allein refraktär verhält, in Dauerkontraktion gebracht werden. Nach den Erfahrungen bei einigen Kaiserschnitten befördert das Hypophysin in gleicher Weise wie organische Hypophysenextrakte die Lösung der Placenta und setzt den Blutverlust bei der Operation herab. Unangenehme Begleiterscheinungen wurden in keinem Falle gesehen. R. L.

Dr. **Th. Schrenk: Ueber die Wirkung der Digitalis auf die verschiedenen Formen von Herzerkrankung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 53.)

Verf. berichtet aus der Medizin. Klinik in Heidelberg über seine Erfahrungen mit Digitalis in Pulverform als Infusum und besonders auch in Form des von Krehl warm empfohlenen Digipuratum sowohl auf primäre Erkrankungen des Herzens (Klappenfehler, Myokarditis, Perikarditis) und sekundäre Herzinsuffizienz unter gleichzeitiger Berücksichtigung etwa vorhandener Arteriosklerose, besonders bei den so oft mit Arteriosklerose verbundenen Erkrankungen von Myokarditis und Nephritis. Es scheint, als ob die Wirkung der Digitalis bei Kranken mit veränderten Gefäßen anders zur Geltung kommt als bei solchen mit gesunden Gefäßen.

Die Ergebnisse des Verfassers können gleichzeitig eine gute Richtschnur für die Dosierung des Digipuratums abgeben.

Bei Mitralinsuffizienz bewegte sich die Dosierung in weiten Grenzen; 0,3—0,4 g Digipuratum waren für die ersten Tage die normale Dosis; im ganzen wurden etwa 2,2 g gegeben. Bei reiner Mitralstenose empfiehlt sich 2- bis 4 mal 0,1 g Digipuratum pro die; innerhalb 10 Tagen wurden 2.8 g verwandt. Bei Mitralinsuffizienz mit Stenose pro die 0,3 g Digipuratum; als Gesamtmenge wurden 1,5 g nicht überschritten. Bei Aorteninsuffizienz gibt Verf. 0.2—0.4 g Digipuratum pro die, bis 2,5 g in toto. Bei Trikuspidalinsuffizienz kamen 0,2 g Digipuratum, bis 1,2 g in toto, zur Verwendung. Bei kombinierten Aorten- und Mitralfehlern ist die tägliche Dosis 0,2—0.4 g, die Gesamtmenge 2,5 g. Bei Herzmuskelerkrankungen ohne begleitende Arteriosklerose war die Medikation verschieden, teils auf wenige Tage beschränkt bei einer Dosierung von 0,2 bis 0.4 g Digipuratum bezw. es wurde Digipuratum als chronische Kur gegeben, und zwar täglich 0,1 g. Bei Myokarditiden mit Arteriosklerose war die Dosierung zwischen 0,1—0,4 g pro die. Bei exsudativen Perikarditiden gibt man 0,2—0,3 g; als größte Gesamtdosis wurden 0,5 g in 24 Stunden gegeben. In Fällen von Herzinsuffizienz bei Nephritis ohne nachweisbare Arteriosklerose bewährte sich Digipuratum sehr gut in Dosen von 0,2—0,4 g pro die, in toto 2.1 g. Bei Nephritis mit Arteriosklerose war der Erfolg regelmäßig schlecht, selbst bei Dosen von 0,3—0,4 g pro die, bis 2,8 g in toto.

Schlechte Reaktion trat also in den Fällen ein, bei denen man einen schlechten Zustand des Herzmuskels anzunehmen berechtigt war, ferner aber bei vorwiegend einseitiger Kammerschwäche, z. B. bei der Insuffizienz des rechten Herzens infolge von Lungenerkrankungen. In vielen Fällen von hepatischer Stauung erscheint die Digitalis wirkungslos.

Bei Arteriosklerotikern ist die Diurese gefährdet, falls man große Dosen gibt und namentlich mit größeren Gaben längere Zeit fortfährt. Es bedarf bei ihnen einer besonders vorsichtigen Digitalisdarreichung, weil sonst sehr leicht sogar eine Verschlechterung der Diurese eintritt. —l.

Dr. **J. Pick** (Berlin-Charlottenburg): 1. **Organtherapie im Dienste des praktischen Arztes.** (Klinisch-therap. Wochenschrift, 1913, No. 6.)

2. **Ueber die praktische Anwendung von Organpräparaten [Sperminum- und Adrenal-Poehl].** (Mediz. Klinik, 1913, No. 8.)

Die Organtherapie darf nach Verfassers Erörterungen die vollste Würdigung seitens der Aerzte beanspruchen; sie ist die natürliche, biologisch begründete Substitutionstherapie, geeignet und bewährt auch für die Kombination mit jeder anderen Therapie. Das Sperminum-Poehl, der Antagonist des Adrenalins, darf als spezifisches Stoffwechseltonicum angesehen werden, dessen Indikationsgebiet zugleich mit dem ferneren wissenschaftlichen Ausbau der Lehre von den körperlichen Substanzen sicher noch erweitert werden wird. Seine Praxis, die zum überwiegenden Teile inveterierte Fälle von Stoffwechselleiden umfaßt, gibt Verf. täglich Gelegenheit, sich stets von neuem von der spezifisch tonisierenden Wirkung der Spermintherapie zu überzeugen. Schon äußerlich war nach relativ kurzer Behandlungsdauer die Reaktion in Gestalt einer deutlich ausgeprägten Straffheit der Muskulatur zu erkennen; größere Lebhaftigkeit in den körperlichen Bewegungen und geistige Regsamkeit trat an die Stelle vorheriger Apathie und der besonders im Stadium des Klimacterium virile so oft zu beobachtenden Rührseligkeit und Depression; auch die dyspeptischen Beschwerden schwanden zugleich mit den anderen Symptomen der Neurasthenie. Die Uebermüdungserscheinungen, die Verf. auf die Ablagerung von Autointoxikationsprodukten infolge mangelhafter Stoffwechseltätigkeit zurückführt, waren ganz besonders dankbare Angriffspunkte für diese Therapie. Als weiteren Beweis betrachtet Verf. die Besserung des Blutbildes, indem das spezifische Gewicht sowohl wie die Zahl der roten Blutkörperchen Steigerung zeigten. Es bedeutet einen

großen Erfolg, wenn wir imstande sind, Zuständen, welche die völlige Lahmlegung einer nur einigermaßen konstanten körperlichen wie geistigen Tätigkeit im Gefolge haben, beizukommen, wenn natürliche Arbeitsfreude, hervorgegangen aus subjektivem körperlichen Wohlbefinden, nach längerem Brachliegen wiederkehrt.

Entsprechend dem Krankenmaterial des Verfassers — es handelt sich meistens um Arteriosklerose, Asthma, Emphysem, Herzleiden — ist in seiner Therapie den physikalischen Heilmethoden ein weiter Raum vorbehalten, die Verf. individuell mit anderen therapeutischen Faktoren kombiniert, unter denen er dem Nebennierenextrakt nicht die letzte Stelle anweist. Die spezifischen Eigenschaften des Adrenalins: die hochgradig kontraktile Wirksamkeit gegenüber den peripheren Gefäßen und die sich daran knüpfende Steigerung des Blutdrucks, die anästhesierenden Valenzen, sind bekannt. Aus diesen biologischen Zusammenhängen heraus erklären sich die Anzeigen für die Anwendung der Nebennierenpräparate auf dem Gebiete der Oto-, Laryngo- und Rhinologie, der Ophthalmologie, Urologie, Gynäkologie ebenso wie für die interne Medizin und Chirurgie, wo das Adrenalin für sich allein oder in individuell gewählten Kompositionen, sei es mit Anästheticis wie Kokain, Beta-Eucain, Novocain, Stovain oder mit Balsamicis, Terpenen, Analepticis, am richtigen Ort angewandt, zum Bestande unseres ärztlichen Arsenals gehören sollte. Kr.

Therapie mit bakteriellen Präparaten.

Prof. **W. Kausch** (Berlin-Schöneberg): **Erfahrungen über Tuberkulin Rosenbach.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 6.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach. Ausführlich teilt er 3 Fälle mit, in denen er unter Einwirkung des Mittels weitgehende Besserung eintreten sah. Die 3 Fälle waren sehr schwere; im ersten Falle handelte es sich um eine sehr langwierige und ausgedehnte Peritonealtuberkulose, welche durch die Operation nicht gebessert worden war; im zweiten Falle um eine Tuberkulose des Kniegelenks; im dritten Falle um einen Patienten mit Blasentuberkulose und ausgedehnten Fisteln, die nach früherer Exstirpation der tuberkulösen rechten Niere zurückgeblieben waren. Dieser Patient ging, nachdem er erst weitgehend gebessert worden war, an lokalisierter, nicht schwerer tuberkulöser Meningitis zugrunde. Außerdem behandelte Verf. eine größere Anzahl von mittelschweren und leichteren Tuberkulosen mit Tuberkulin Rosenbach (T. R.). Er hatte in allen Fällen den Eindruck, daß das Mittel nützt; die Fälle besserten sich weit schneller, als dies unter anderer Behandlung und bei anderen Tuberkulinen der Fall gewesen war. Schädliche Wirkung wurde in keinem Falle gesehen. Das T. R. kommt in Fläschchen zu 1, 2, 5 und 10 ccm in den Handel. Man beginnt die Behandlung im allgemeinen mit 0,1 ccm und steigt jedesmal um einen Teilstrich, bis 1 ccm erreicht ist. Bei sehr elenden Patienten beginnt man besser mit 0,01 ccm, steigt langsam bis 0,1 und dann in der genannten Weise weiter. Das T. R. soll mit Kochsalzlösung verdünnt, mindestens zu gleichen Teilen, eingespritzt werden. Für die kleinen Dosen von 0,1 ccm und darunter wird am besten eine verdünnte Lösung hergestellt; soll diese länger stehen, so nimmt man dazu ½ proz. Karbollösung. Wie schnell die Einspritzung wiederholt wird, richtet sich nach der Stärke der Reaktion. Die allgemeine Reaktion äußert sich in Temperaturanstieg, der in der Regel einige Stunden nach der Injektion beginnt, nach etwa 6 Stunden das Maximum erreicht, dann wieder zur Norm abfällt. Die Temperatursteigerung kann auch erst am zweiten, sehr selten am dritten Tage beginnen; zuweilen dauert die Temperatursteigerung mehrere Tage. Außerdem bestehen Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schweißausbruch. Was die lokale Reaktion anlangt, so muß man unterscheiden 1. die Reaktion an der Injektionsstelle, 2. die Reaktion des lokalen tuberkulösen Herdes. Was den Ort der Injektion anlangt, so gibt es drei Methoden: 1. die Injektion in den Herd selbst; sie ist nur möglich, wenn der Herd erreichbar ist, und nur zweckmäßig bei geschlossenem Herde; 2. die Injektion in die Umgebung des Herdes; sie ist das typische Verfahren, wenn der Herd offen ist; 3. die Injektion entfernt vom Herde subkutan in den Arm oder das Bein (bei nicht erreichbarem Herde, wie Lunge, Niere). Die Herdreaktion ist um so intensiver, je näher dem Herd eingespritzt wird; besonders bei Injektionen in den Herd kann die Reaktion intensiv sein. Die Herdreaktion ist bei Injektionen entfernt vom Herd meist leicht. Die Reaktion an der Injektionsstelle, entfernt vom Herde, ist sehr verschieden; bald ist sie gleich Null, bald sehr stark; sie geht stets zurück; nie sah Verf. danach eine Eiterung. Bereits bestehendes Fieber ist keine Kontraindikation; häufig geht das Fieber nach den Injektionen zurück. — Am besten injiziert man abwechselnd lokal und entfernt; man mache in der Woche etwa 2 Einspritzungen. Sind die Reaktionen heftig, so werden die Injektionen entsprechend seltener vorgenommen. Sind die Herde nekrosefrei, so gehen sie auf die Injektionen ohne weiteres zurück. Enthalten sie kleine Nekrosen, so können sie zurückgehen, brechen aber öfters auf, stoßen Gewebsmassen aus und schließen sich dann wieder. Bei Herden mit größeren Nekrosen ist in der Regel Inzision, Auskratzung, zuweilen auch ein größerer Eingriff erforderlich. Schnell kommt es dann unter Tuberkulingebrauch zur Reinigung der Wunde und zur Heilung. Eine Tuberkulinkur ist beim Erwachsenen beendet nach der Einverleibung von 60 ccm. R. L.

Chirurgische Therapie und Technik.

Königl. Rat Dr. **Béla Bosányi**, Direktor und Chefarzt des städt. Heilbades Blocksbad in Budapest: **Mobilmachung von Gelenksteifigkeiten während Thermalkuren.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 29.)

Die Benutzung von Thermalbädern nach abgelaufenen akuten Gelenkerkrankungen erfolgt fast häufiger, als der Gebrauch derselben seitens solcher Kranken, die an chronischen Gelenkversteifungen leiden. Verf. erörtert in vorliegender Arbeit die mit Versteifung einhergehenden Gelenkleiden, welche erfahrungsgemäß in Bädern oft Heilung suchen, und zählt jene Prinzipien bezüglich der Behandlung kurz auf, die sich ihm seit längerer Zeit als vorteilhaft erwiesen haben. Aus seinen Erörterungen geht hervor, daß nur bei solchen Gelenksteifigkeiten während der Thermalbehandlung die Mobilmachung versucht werden soll, wo die vorausgegangene genaue Untersuchung festgestellt hat, daß eine reparable oder erheblich besserbare Kontraktur vorliegt und daß keine definitiven Verwachsungen vorhanden sind. Bei Vermeidung von brüsken und forcierten Bewegungsversuchen bewähren sich am besten die übungsweisen allmählich gesteigerten Dehnungen, durch welche, wenn sie mit Ausdauer vorgenommen werden, in heilbaren Fällen gute Erfolge erzielt werden können. Man eliminiert hierdurch den großen Schmerz und die Reaktion, welche nicht allein den Fortgang der Badekur stört, sondern oft heftigen Rückfall verursacht.

Stabsarzt a. D. Dr. **Evler**, Chirurg und Frauenarzt in Berlin-Friedenau: **Ueber Dauerdrainage unter die Haut ohne Drains.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 6.)

Die Ausführungen des Verfassers sind als Anregung zu einer Reihe von kleinen Eingriffen aufzufassen, die das Ableiten von Exsudaten unter die Haut ohne Drain bezwecken und heutzutage ohne Gefahr für den Patienten unter Lokalanästhesie meist ambulatorisch und ohne nennenswerte Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit vorgenommen werden können. Bei Ascites erreicht Verf. die subkutane Dauerdrainage durch Anlegen einer kleinen von Bauchfell umsäumten Rectidiastase, über welcher die Haut geschlossen wird; es genügt eine Oeffnung von der Größe der Fingerkuppe. Außer dem mechanischen Abfließen findet bei Tuberkulösen auch Autoserotherapie statt, und zwar dadurch, daß die als ein vom Körper auf den durch die Tuberkeln gesetzten Reiz hin selbst gebildetes Heilserum anzusehende Ascitesflüssigkeit vom Unterhautbindegewebe beziehungsweise dessen Lymphbahnen aufgesogen wird. Hernienbildung wurde bisher nicht beobachtet. Die Dauerfistel wird immer funktionieren, so lange die treibende Kraft, in diesem Falle die Bauchpresse, stärker ist als der Gegendruck gestauter Flüssigkeit. Verf. läßt daher auch vor Schluß der Bauchdecken ab, was an Ascites ohne Druck von außen abläuft.

Mit einem Loche durch die Rippe als dem einfachsten Drain führt Verf. bei pleuritischen Exsudaten das Prinzip der subkutanen Dauerdrainage durch. Es wäre, gelegentlich bei perikardialem Exsudat, auch zur prophylaktischen Thoraxdrainage nach Operationen im Bauchraum und zur Vermeidung der Gefahr einer Liquorfistel geeignet und ist von Verf. mit Erfolg bei Kniegelenk- und Schleimbeutelerguß sowie Ganglien angewendet worden. Bei Pleuraexsudat verläuft die Operation folgendermaßen: Desinfektion, Lokalanästhesie, die herabgezogene Haut wird über einer Rippe fixiert, Inzision genau auf die Mitte der Rippe bis zum Knochen, Einlegen von Haken, Drillbohrer oder Zahnradbohrer, Durchbohren der Rippe mit einem Ansatzrohr von 3 mm Breite; Eindringen in die Pleurahöhle ist sofort wahrzunehmen; bei Zurückziehen des Bohrers schießt die Flüssigkeit im Strahl aus dem Knochenloche heraus; die Haut zieht sich nach oben. Schluß des ca. 1 cm langen Einschnittes mit einer Naht oder Wundklammer. Zum Unterstützen des Aufsaugens leichte Massage und Diuretica.

Bei Kniegelenk- und Schleimbeutelerguß geht Verf. folgendermaßen vor: Jodtinkturdesinfektion der Haut. Unter Aethylchloridanästhesie Inzision bis ca. 3 cm Länge durch die Haut, Einspritzen von Novocainsuprareninlösung in die Kapsel und Eröffnen derselben, Abfließenlassen des Inhalts, Ausräumen etwaiger Reizkörperchen mit Löffel, Kontrolle mit dem Finger, Umnähen der inneren ektropionierten Kapselteile mit der äußeren durch Jodkatgut, so daß eine mit dem subkutanen Gewebe kommunizierende kleinbohnengroße Dauerfistel bleibt. Schluß der Haut durch Naht, eventuell mit Klammern.

Bei Ganglien ist der Weg der subkutanen Entleerung schon lange durch die Zerdrückungs- und Zertrümerungsmethode beschritten; sie verhindert aber ein Rezidiv nicht immer, während Verf. die subkutane Drainage mit Fistelbildung des Sackes nie versagt hat in allen acht damit behandelten Fällen von Ganglien an Hand- und Fußrücken. Kr.

Dr. **Dobbertin** (Berlin-Oberschöneweide): **Schnittlänge, Bauchspülung, Bekämpfung der Darmlähmung bei Appendicitis-Peritonitis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Verf. berichtet über die Grundsätze, die er bei der Operation der Appendicitis und ihrer Komplikationen befolgt. Ohne Nachteile für den Erfolg reduziert er jetzt die Länge des Schnittes (Schnittführung nach Riedel) für alle Appendicitisfälle (akute, intermediäre und peritonitische) auf 4—5 cm (nur ausnahmsweise bei sehr fetten Personen bis auf 6 cm) und exstirpiert trotz ausgedehnter Schwielen- und Schwartenbildung auch im Intermediärstadium den Processus fast ausnahmslos primär. Die diffuse Appendicitis-Peritonitis wird nach Fortnahme des Processus prinzipiell mit großer Bauchspülung von dem einen kleinen Bauchschnitt aus behandelt, und zwar durch Ausschwemmung des Eiters mit Hilfe eines 40 cm langen Glasrohres unter beträchtlichem Druck von entfernten Bauchpartien aus nach dem Leibschnitt zu. Bei der fibrinös-abkapselnden Peritonitis — in der Regel ist diese nichts weiter als die spätere Form der diffusen — sind natürlich mehrfache Schnitte angezeigt. In allen Fällen wird Eventration strikt vermieden. Bei peritonitischer Darmlähmung hat sich Verf. für das Ingangsetzen der Peristaltik nach Erschöpfung der üblichen Mittel in scheinbar aussichtslosen Fällen die Injektion von 25—50 ccm Glyzerin in das Coecum oder in eine höhere Dünndarmschlinge (entweder mittels Rekordspritze oder von einer Enterostomieöffnung aus) vielfach bewährt und direkt lebensrettend gewirkt. R. L.

Ed. **Lubowski** (Berlin): **Die Massage bei Alveolarpyorrhoea und anderen Mundkrankheiten.** (Deutsche Zahnärztl. Wochenschrift, Bd. 15, No. 51.)

Mit der mechanischen und medikamentösen Behandlung des Praktikers bei der Bekämpfung der Alveolarpyorrhoea muß eine dauernde Selbstbehandlung vom Patienten Hand in Hand gehen. Das einfachste Mittel, das man dem Patienten gefahrlos in die Hand geben kann, ist die Massage. Abgesehen davon, daß sie eine Hyperämie des Zahnfleisches bewirkt, wird der Patient zu einer dauernden mechanischen Mundreinigung angehalten. Die in praxi angewandte Methode des Massierens mit Adstringentien und Pulver hat den Nachteil, daß die Flüssigkeit nicht genügend auf das Zahnfleisch einwirkt und häufig Verätzung am Rande des Coriums bewirkt.

Verf. hat nun eine Kombination angegeben, in der die Nachteile der Flüssigkeits- und Pulverbehandlung ausgeschlossen sind. Es ist dies ein Karlsbader Salz, Magnesia, Menthol, Mydol und Calcium carbonat. enthaltende Pasta, die unter dem Namen „Gingifix" in die Therapie eingeführt ist. — Darsteller: Schäfers Apotheke, Berlin, Kleiststr. 34. — Als besondere Vorzüge werden angegeben: die leichte Ausführbarkeit, eine gleichzeitige Erzeugung der Hyperämie und Straffung des Zahnfleisches und eine Neutralisation des Belages an den Zahnfleischrändern. Durch den Gehalt an antiseptischen Stoffen wirkt die Paste gegen pathogene Keime entwicklungshemmend. Auch bei anderen Mundkrankheiten, wie bei Gingivitis und Stomatitis mercurialis hat sich „Gingifix" gut bewährt. Namentlich bei letzterer wird bei regelmäßiger Massage das schmerzhafte Anschwellen des Zahnfleisches verhindert und zum Schwinden gebracht. Bei Entzündung der Zunge und in Fällen, wo das Tragen von Prothesen Brennen und Jucken hervorruft, wirkt „Gingifix" heilend.

In erster Linie wird die Pasta beim Tragen von Regulierungsapparaten empfohlen. Kleinere Patienten läßt man am besten zweimal täglich „Gingifix" als Zahnpasta anwenden; bei größeren Patienten ist die Massage evtl. mit dem von Hofzahnarzt Sörup (Dresden) empfohlenen Zahnfleisch-Massageapparate zweckentsprechend. Ein weiteres Anwendungsgebiet der Pasta wären jene Fälle von Stoffwechselkrankheiten, wie Diabetes, Gicht, Gallensteine, die leicht eine Alveolarpyorrhoea im Gefolge haben. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **W. Kausch** (Berlin): **Ueber Collargol.**

Bei echter Sepsis mit remittierendem Fieber hat K. das Collargol Credé nie im Stich gelassen. K. demonstriert zunächst eine Anzahl solcher Temperaturkurven; die Temperatur steigt zuerst meist noch an, fällt dann entweder rapid zur Norm oder auch allmählich. Gegen ein zufälliges Zusammentreffen von spontanem Temperaturabfall und Collargolinjektion spricht die Regelmäßigkeit dieses Vorkommnisses. Noch beweisender sind die Fälle, in denen Collargol nochmals eingespritzt werden mußte, weil es zunächst nur vorübergehend half. Demonstration von fünf solcher Kurven.

Geringen oder keinen Erfolg sah K. bei Sepsis mit kontinuierlichem hohen Fieber. Demonstration zweier solcher Kurven.

Bei kleinen Eiterherden hilft Collargol auch, nicht bei größeren. Ausgezeichnet wirkt es, wenn das Fieber nach Eröffnung der Eiterherde bestehen bleibt. Demonstration dreier solcher Kurven (Diphtheriehalsabsceß, Ohrsepsis, Empyem).

Prophylaktisch hat K. bisher Collargol noch nicht angewandt, wird es aber tun.

K. verwendet ausschließlich das von Credé angegebene Heydensche Präparat. Die intravenöse Injektion ist die einzig rationelle Methode; die rektale kommt nur in Betracht, wenn die intravenöse nicht gelingt oder nicht gestattet wird.

Bei kleinen Dosen, bis 20 ccm, versucht K. die perkutane Einspritzung in die Vene, bei der geringsten Schwierigkeit wird die Vene freigelegt. Die gewöhnliche Dosis ist 10 ccm der 2 proz. Lösung, bei ausbleibender Wirkung und schwerster Sepsis täglich oder jeden zweiten Tag 20—30 ccm. Die Injektion muß außerordentlich langsam geschehen, dann ist sie völlig gefahrlos.

Dann hat K. 11 Fälle von inoperablem Krebs mit großen Collargoldosen behandelt, bis 100 ccm, einen Teil davon kombiniert mit Röntgenstrahlen. Geheilt wurde kein Fall; die Patienten ließen allerdings auch nicht energische Fortsetzung der Behandlung zu.

Ein Fall von Leberkrebs, solitäre, freigelegte Metastase nach Magencarcinomresektion, wurde deutlich vorübergehend gebessert. Ein Fall zeigte bei der Sektion in den multiplen Knochenmetastasen überall hämorrhagische Cysten (Demonstration); ein Zusammenhang mit der Collargolbehandlung ist nicht von der Hand zu weisen. Ein Fall starb im Anschluß an die Collargolinjektion (80 ccm) drei Tage nach derselben. Die Niere war mit Silber vollgepfropft.

Die Versuche mit Collargol bei Carcinom werden fortgesetzt, außerdem solche mit anderen Schwermetallen.

Diskussion:

Herr **Pflugrad** (Salzwedel) hat in vier Fällen von inoperablem Carcinom große Dosen von Collargol nach dem Kauschschen Vorschlage injiziert und danach stets eine Reaktion, bestehend in abnormen Sensationen im Tumor und Euphorie gesehen. Auch traten Besserungen auf. Bei einem Falle von Struma maligna trat jedoch eine hämorrhagische Nephritis, die zum Tode führte, danach ein. Die Drüsenmetastasen waren in diesem Falle zurückgegangen.

Herr **Eyff** (Nimptsch) hat von der Anwendung des Collargols bei puerperaler Sepsis keine sicheren Erfolge gesehen. Dagegen hat er mit gutem Erfolge bei Erysipel zweimal das Collargol intravenös angewendet. Es wurden mehrere Tage hintereinander 10 g Collargol intravenös injiziert.

Herr **Bier** (Berlin) warnt vor der Ueberschätzung der Reaktion, die nach Anwendung irgendwelcher Mittel bei Carcinom auftritt. Er hat solche Reaktionen bei den verschiedensten Anwendungen beobachtet, ohne aber je eine Dauerheilung zu sehen.

Herr **Schlossmann** (Tübingen): **Welchen praktischen Wert haben Blutgerinnungsbestimmungen für die Chirurgie?**

Die Grundlage zur praktischen Verwertung von Blutgerinnungsbestimmungen ist das Vorhandensein eines möglichst einfach zu handhabenden, dabei möglichst genau arbeitenden Gerinnungsapparates. Redner hält für die Praxis den von Bürker angegebenen für am zweckmäßigsten.

Gerinnungsbestimmungen sind in diagnostischer Beziehung chirurgisch wertvoll zur Erkennung verkappter und unvollständiger Hämophiliefälle, bei denen die klinischen Bluterscheinungen mehr oder weniger fehlen, trotzdem Schwergerinnbarkeit des Blutes vorhanden ist.

Als differentialdiagnostisches Hilfsmittel für klinisch zweifelhafte Fälle von Hyper- oder Hypothyreoidismus (Kocher) bewährten sich die Gerinnungsuntersuchungen des Blutes nicht. Nur bei ausgesprochenen Fällen von Basedow oder Myxödem fanden sich schwache Gerinnungsveränderungen in dem von Kottmann festgestellten Sinne.

Prognostisch sind Gerinnungsbestimmungen sehr bedeutungsvoll bei chirurgischen Eingriffen bei Cholämie. Sie geben einen guten prognostischen Anhalt sowohl für die allgemeine Widerstandskraft des cholämischen Organismus als auch für die Größe der evtl. zu erwartenden Nachblutungsgefahren.

Die therapeutischen Folgewirkungen der Gerinnungsuntersuchungen sind bisher praktisch noch wenig befriedigend. Mittel zur allgemeinen Beeinflussung von Gerinnungsstörungen sind durchaus unsicher in ihrer Wirkung. Fortschritte hat nur die lokale Blutstillung gemacht durch Anwendung gerinnungsfördernder Gewebssäfte. Die nach der Methode des Redners steril und haltbar bereiteten Preßsäfte aus menschlichen Strumen und tierischem Organgewebe haben ihre gute blutstillende Wirkung bei parenchymatösen Operationsblutungen und besonders bei Blutungen infolge krankhafter Gerinnungsverhältnisse bewährt.

Diskussion:

Herr **Unger** (Berlin) weist darauf hin, daß bei vergleichen-

den experimentellen Untersuchungen über den Einfluß gewisser Substanzen auf die Gerinnbarkeit des Blutes das zu untersuchende Blut in der Weise dem Gefäß entnommen werden muß, daß es nur das Endothel berührt. Es muß die Vermischung des Blutes mit auch nur geringen Mengen von Gewebssaft vermieden werden. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes wird durch konzentrierte Salzlösungen außerordentlich erhöht.

Herr **Petroff** (Petersburg): Es ist praktisch, nicht nur die zu langsame, sondern auch die zu rasche Gerinnung des Blutes, besonders bei der Extremitätengangrän, zu berücksichtigen. Die gerinnungsbeschleunigende Eigenschaft des Preßsaftes kann auch er bestätigen.

Herr **Wrede** (Jena): **Ueber Herzmassage.**

Bei plötzlicher Herzsynkope bezweckt die direkte Herzmassage zunächst eine Blutzirkulation, durch die das Chloroform den Gewebszellen entrissen werden soll. Daß tatsächlich eine solche Zirkulation möglich ist, hat Vortr. durch ein Experiment erwiesen. Beim toten Hunde wurde eine solche Herzmassage ausgeführt und ein Farbstoff in die Vena jugularis injiziert. Dieser Farbstoff konnte in Arterien, sowie auch in der Vena portarum nachgewiesen werden.

Weiterhin soll durch die Herzmassage eine mechanische Erregung auf das Herz ausgeübt werden, vor allem aber soll damit eine Zirkulation in den Gefäßen des Herzens erzielt werden. Die Vorbedingung hierfür ist, daß ein hoher Druck in der Aorta vorhanden ist, damit das aus dem Herzen ausströmende Blut nicht nur in diese, sondern auch in die Herzgefäße fließt. Diese Druckerhöhung in der Aorta wird erreicht durch Hochlagerung, Abbindung der unteren Extremitäten, Injektion von Nebennierenpräparaten, sowie auch durch Erregung der Medulla oblongata.

Sehr wichtig ist die künstliche Atmung, weil hierdurch vor allem das Narkoticum eliminiert wird. Die verschiedenen Gewebe sind verschieden empfindlich gegenüber dem Aussetzen des Blutstromes. Das Großhirn kann schätzungsweise nur 15 Minuten die Blutzirkulation entbehren, ohne abzusterben, während das Herz bei künstlicher Durchblutung noch 24 Stunden nach Aufhören der Blutzirkulation rhythmisch zu schlagen beginnt. Demnach muß spätestens 10 Minuten nach Beginn der Herzsynkope mit der Herzmassage begonnen werden wegen der Gefahr des Gehirntodes. Die Herzmassage muß möglichst lange fortgesetzt werden. Vortr. hat bei einem Patienten noch nach 1½ Stunden das Auftreten normaler Herzkontraktionen beobachtet. Der Kranke ging allerdings gleichwohl nach drei Tagen unter den Erscheinungen des Herztodes zugrunde. Bei der Sektion fanden sich zirkumskripte Nekrosen, die Vortr. auf eine zu kräftige Herzmassage zurückführt. Einschlägige Experimente, die noch nicht abgeschlossen sind, bestätigen diese Auffassung. Auf Grund dieser Beobachtung empfiehlt Vortr. in allen Fällen schwerer Herzsynkope die Anwendung der direkten Herzmassage.

Diskussion:

Herr **Kümmell** (Hamburg) hat in zwei Fällen von Herzsynkope, die nach Ausführung der Laparotomie auftrat, die direkte Herzmassage vom Zwerchfell aus ausgeführt und in beiden Fällen eine Heilung erzielt.

Herr **Sievers** (Leipzig) hat Experimente ausgeführt über den Einfluß der künstlichen Atmung, Sauerstoffinjektion in das Blut, sowie von Natrium percarbonicum. Die Experimente bezweckten die Beantwortung der Frage, wie lange Aorta und Art. pulmonalis bei der Trendelenburgschen Operation ohne Tod des Tieres abgeklemmt werden können. Ohne künstliche Atmung: 2½ Minuten. Mit künstlicher Atmung: 3¼ bis 4 Minuten. Sauerstoffinjektion: 5½ Minuten. Herzmassage: 6½ Minuten. Natrium percarbonicum in die Blutbahn: 3½ Minuten. Sauerstoffinjektion in die Blutbahn plus Adrenalininjektion ins Herz: 7 bis 8 Minuten.

Herr **Wendel** (Magdeburg) hat bei einer Herzsynkope, die während einer Laparotomie auftrat, durch Herzmassage vom Zwerchfell aus die Patientin retten können. In einem zweiten Falle, bei dem er die Herzmassage nach Eröffnung des Thorax ausführen mußte, lebte zwar der Patient noch 24 Stunden, ging aber dann, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben, zugrunde. (Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane. Von Hofrat Dr. **Th. Hausmann** in Rostock (vormals in Orel und Tula). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Bd. 4, H. 5. Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 68 S. 1,80 M.

Eine monographische Darstellung der Syphilis der Bauchorgane fehlte bisher in der Literatur. In der vorliegenden Schrift wird diese Lücke in sehr glücklicher Weise ausgefüllt. Der Verfasser behandelt das Gebiet auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und unter Verwertung der gesamten ihm zugänglichen Literatur, und man muß ihm Dank dafür wissen, daß er das sehr zerstreute literarische Material zu einer abgerundeten Darstellung verarbeitet und am Schlusse übersichtlich zusammengestellt hat. In 9 Kapiteln bespricht Verf. die syphilitischen Erkrankungen des Oesophagus und der Kardia, des Magens, Darmes, Mastdarmes, der Leber, des Pankreas, der Milz, endlich die luetischen Retroperitonealtumoren und Mesenterialtumoren und die Lues des Peritoneums. In der Darstellung legt der Verfasser, der sich um die Diagnostik der Erkrankungen der Abdominalorgane durch die Einführung der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation große Verdienste erworben hat, auf die Diagnose den Hauptnachdruck. Er gibt eine große Anzahl wertvoller Fingerzeige, die dem auf diesem schwierigen Gebiete weniger Erfahrenen die Erkennung der syphilitischen Baucherkrankungen erleichtern werden. Bei der Syphilis ist aber die Therapie durch die richtige Diagnose durchaus bedingt. Wir empfehlen die vorliegende Schrift den Kollegen zum sorgfältigen Studium, um so mehr, als die Syphilis der Abdominalorgane sowohl in den Lehrbüchern der inneren Medizin wie der Syphilis im allgemeinen wenig eingehend behandelt wird.

Gegen die Massenerziehung und Vielwisserei in der Schule. Von Chefarzt Dr. **Engelen** (Düsseldorf). München, Verlag der ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, Pfadfinder-Verlag. 29 S. 0,60 M.

Die in der vorliegenden Schrift vertretenen Anschauungen sind nicht gerade neu. In der ersten Abhandlung: „Ueber Erziehungsaufgaben und Schulfragen" bekämpft der Verf. unser heutiges Schulsystem, wie es besonders im humanistischen Gymnasium verwirklicht ist. Er beklagt, daß der Wissensinhalt auf den Schulen überschätzt wird, daß man zu viel Wert auf das Auswendiglernen legt usw. Einiges Richtige, aber noch viel mehr Unrichtiges liegt in diesen Ausführungen. Ohne Belastung des Gedächtnisses kann man sich weder sprachliche noch historische noch naturwissenschaftliche Bildung erwerben. Im übrigen wurde früher auf den Schulen in dieser Hinsicht noch viel mehr verlangt; die Anforderungen sind schon sehr heruntergeschraubt, daher die wachsende Ueberfüllung der akademischen Berufe. — Wenn Verfasser eine verstärkte Berücksichtigung der körperlichen Ausbildung verlangt, so geschieht auch in dieser Hinsicht schon jetzt viel mehr als früher; aber alles hat seine Grenzen. Im übrigen verfällt Verf. in den Fehler, die individuellen Anlagen des Einzelnen zu sehr gegenüber den Einflüssen von Schule und Erziehung zu unterschätzen. — Den zweiten Aufsatz betitelt Verf.: „Die Hygiene geistigen Arbeitens". Es könnte auch heißen: Der Weg zum Erfolg. Was Verf. schreibt, liest sich ganz gut, ob aber seine Ratschläge praktischen Wert haben, müssen wir dahingestellt sein lassen. Die Bedingungen zum Erfolg sind nicht übel formuliert, aber leider sind die wenigsten in der Lage, sie sich willkürlich zu schaffen. Arbeitsfreude, Selbsterkenntnis, d. h. Erfassung, Pflege und Ausnutzung der individuellen Befähigung, Kräftigung des Willens, Selbstbeherrschung und Selbstvertrauen soll und kann man (nach Verf.) durch Uebung sich aneignen; das sind die Vorbedingungen zu erfolgreicher und damit gesunderhaltender Betätigung der Geisteskräfte. Ja, wenn der einzelne Mensch aus seiner Haut heraus könnte! Den meisten ist ihr Geschick durch ihre individuelle geistige und körperliche Beschaffenheit in die Wiege gelegt. R. L.

Oesterreichische Jahreshefte für Pharmazie und verwandte Wissenszweige. Gesammelte Abhandlungen und Vorträge aus der „Zeitschrift des Allgemeinen österreichischen Apotheker-Vereins". Herausgegeben vom Direktorium des Allgemeinen österreichischen Apotheker-Vereins. 13. Heft, Jahrgang 1912. Wien 1912, Selbstverlag des Allgemeinen österreichischen Apotheker-Vereins.

In vorliegendem Band ist eine Reihe zum Teil wertvoller Abhandlungen aus den Gebieten der Pharmazie, Pharmakognosie und medizinischen Chemie vereinigt, von denen einige auch für die Aerzte erhebliches Interesse haben, wie die Aufsätze über neuere Arzneimittel und über Harnanalyse. Ganz besonders sei wegen der aktuellen Wichtigkeit auf die den Band eröffnende Abhandlung von Privatdozent Dr. Gustav Mossler über „Die im Handel befindlichen radioaktiven Bade- und Trinkpräparate sowie pharmazeutische Zubereitungen" hingewiesen. L.

Riedels Berichte — Riedels Mentor 1913. Die 57. Auflage der von der J. D. Riedel Aktiengesellschaft, Berlin-Britz, herausgegebenen Riedels Berichte ist soeben erschienen. Sie enthält wie die früheren Jahrgänge eine beträchtliche Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten, deren Inhalt in Aerztekreisen Interesse finden dürfte.

Besondere Beachtung verdient Teil II der Berichte mit einer Uebersicht der wichtigsten Arbeiten auf pharmako-therapeutischem Gebiete. In dieser Uebersicht gelangen die bemerkenswertesten im Laufe des verflossenen Jahres veröffentlichten Arbeiten über Arzneimittel vorurteilsfrei zur Besprechung.

Einer Abhandlung über Eigelb-Lecithin ist zu entnehmen, daß es der Firma Riedel gelungen ist, ein ganz

besonders reines, trockenes, weißes, unbegrenzt haltbares Lecithin, das Hydrolecithin, herzustellen, das demnächst dem Arzneischatz zugeführt werden soll.

Den Schluß bildet, wie üblich, der Riedelsche Mentor mit einem Verzeichnis der Riedelschen Spezialpräparate, von denen als neu Hexal, Neu-Bornyval und Xerase-Tabletten besonders erwähnt seien.

Riedels Berichte — Riedels Mentor werden an Interessenten unentgeltlich verabfolgt. R.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Altona. Der Abteilungsvorsteher am Institut für experimentelle Therapie in Marburg Dr. Zeissler ist als Leiter des Gesundheitsamtes hierher berufen worden.

Frankfurt a. M. Der **Soemmerring-Preis**, der alle vier Jahre für eine hervorragende Arbeit auf physiologischem Gebiete verteilt wird, ist von der Senckenbergschen naturforschenden Gesellschaft Herrn Prof. Correns in Münster (Westfalen) für eine Arbeit über „Vererbung" verliehen worden.

Bonn. Der Privatdozent der Psychiatrie Dr. O. Kleneberger in Königsberg i. Pr. ist als Oberarzt an die hiesige psychiatrische Universitätsklinik berufen worden.

Cöln. Einen Ruf als Nachfolger von Prof. Jores, dem bisherigen Vertreter der pathologischen Anatomie an der hiesigen Akademie für praktische Medizin, hat der Prosektor am städtischen Krankenhause rechts der Isar in München, Prof. Dr. med. Hermann Dürck erhalten.

Hamburg. Prof. Dr. Freiherr v. Dungern, bisher Mitarbeiter des Krebsforschungsinstituts in Heidelberg, ist hierher übergesiedelt, um die Leitung des neu gegründeten Hamburgischen Forschungsinstituts für Krebs und Tuberkulose zu übernehmen.

Würzburg. Der als Oberarzt der Universitäts-Augenklinik hierher berufene bisherige Berliner Privatdozent Dr. Hans Köllner ist gleichzeitig als Privatdozent von der hiesigen medizinischen Fakultät aufgenommen worden.

Wien. Der Dozent der allgemeinen Pathologie Prof. Dr. Rudolf Kraus hat einen Ruf zur Leitung des neuen Instituts für Infektionskrankheiten nach Buenos Aires erhalten und angenommen.

Prag. Prof. Dr. R. Schmidt, bisher Direktor der medizinischen Universitätsklinik in Innsbruck, ist als Nachfolger des verstorbenen Prof. Pribram auf den hiesigen Lehrstuhl der inneren Medizin berufen worden.

Graz. Der Privatdozent der Augenheilkunde Dr. Rigobert Possek hat den Titel außerordentlicher Universitätsprofessor erhalten.

Lemberg. Der Spezialarzt für Zahn- und Mundheilkunde in München Dr. Anton Cieszynski ist zum außerordentlichen Professor der Zahnheilkunde an der hiesigen Universität ernannt worden.

— Der Privatdozent der Anatomie Dr. Josef Markowski ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Lausanne. Der Privatdozent der Chirurgie Dr. H. Vulliet ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Die Generalversammlung des **Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose** findet am 8. Mai d. J. im Reichstagsgebäude statt. Vortragsthema: „Heilstätte und Krankenhaus in der Versorgung der Tuberkulösen". Ref.: Ritter (Edmundsthal-Geesthacht) und Stuertz (Cöln). Näheres durch die Geschäftsstelle, Berlin W. 9, Linkstr. 29/I.

— Die **Fürsorgestellen für Lungenkranke** werden in diesem Jahre auf Einladung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose am 22. Oktober in Berlin ihre zweite Tagung im Anschluß an die Internationale Tuberkulosekonferenz abhalten. Auch die Tuberkuloseärzteversammlung soll mit dieser Konferenz verbunden werden.

Dresden. Vor kurzem fand hierselbst eine Sitzung des Gesamtvorstandes der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums** statt, in der sich der geschäftsführende Ausschuß neu konstituierte. Es wurden gewählt: als Vorsitzender Prof. Dr. Beythien, als stellvertretender Vorsitzender Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Schmorl, als Schriftführer Dr. Neustätter, als stellvertretende Schriftführer Dr. Decker und Dr. H. Weber, als Kassenführer Dr. Eger, als Beisitzer Exz. Geh. Medizinalrat Dr. Fiedler, Medizinalrat Dr. Thiersch, Prof. Dr. Rietschel, Dr. Weisswange, Dr. Leonhardt. Sämtliche Herren haben ihren Wohnsitz in Dresden. Zuschriften werden erbeten an den Schriftführer Dr. Neustätter, Dresden-Hellerau, auf dem Sand.

London. Eine **Internationale Konferenz für das ärztliche Unterrichts- und Fortbildungswesen** wird im Anschluß an den Internationalen medizinischen Kongreß im August hierselbst stattfinden.

Gerichtliches.

Leipzig. Der Apotheker H. P., Besitzer einer Apotheke in H., war im Oktober v. J. vom Landgericht Trier wegen **fahrlässiger Tötung** zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt worden. Er hatte einer unterleibskranken und zudem schwangeren Frau, die sich an ihn wandte, Ausspülungen der Scheide mit einer Chlorzinklösung empfohlen. Die Frau nahm die angeordneten Ausspülungen vor, aber infolge ihres weit vorgeschrittenen Gebärmuttervorfalls drang die Spitze des Irrigators in die Gebärmutter ein und von der Chlorzinklösung gelangte ein Teil in die Bauchhöhle; infolge der dadurch verursachten Bauchfellentzündung starb die Frau in kurzer Zeit. Da die Chlorzinkspülung somit als Todesursache festgestellt worden war, wurde P. wegen fahrlässiger Tötung nach StrGB. § 222 verurteilt. Die gegen dieses Urteil eingelegte Revision wurde kürzlich vom Reichsgericht als unbegründet verworfen.

Würzburg. Ein hiesiger Krankenbehandler, der Kranke mit den unglaublichsten Sympathiemitteln behandelte, war vom Landgericht wegen **Betruges** zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt worden. Seine Revision wurde kürzlich vom Obersten Landgericht in München verworfen.

Ansbach. Vor dem hiesigen Landgericht hatte sich der Bader M. in Obererlbach wegen **fahrlässiger Körperverletzung** durch Kurpfuscherei zu verantworten. Er nahm schwere Arm-, Bein- und Schulterknochenbrüche in Behandlung, die er mit gelber Salbe und einer roten Flüssigkeit, die seit 150 Jahren Geheimnis seiner Familie sein soll, zu heilen vorgab. Die Folge war, daß die Brüche nochmals vom Arzte gebrochen und eingerichtet werden mußten. Das Gericht verurteilte M. zu 420 M. Geldstrafe.

Verschiedenes.

Bad Harzburg. Unter dem Titel Bad Harzburg, Gebirgsluftkurort und Solbad ist soeben vom Herzoglichen Badekommissariat der diesjährige **Führer** herausgegeben worden, der sich wieder durch hervorragend schöne Ausstattung auszeichnet. Die zahlreichen Bilder geben im Verein mit dem umfassenden Text einen anschaulichen Begriff von dem lieblichen Badeort, der mit Recht als Perle des Harzes bezeichnet werden darf. Eine wertvolle Ergänzung des hübschen Führers bildet das amtliche Wohnungsverzeichnis; es gibt Auskunft über sämtliche Preise für Vor- und Nachsaison, so daß jeder sich schon daheim einen Ueberschlag über die Kosten eines Kuraufenthaltes in Harzburg machen kann. Beide Bücher, sowie ein Ortsplan werden an unsere Leser auf Wunsch vom Herzoglichen Badekommissariat in Bad Harzburg, sowie in Berlin vom Internationalen öffentlichen Verkehrsbureau, Unter den Linden 14, und von der Buchhandlung Gsellius, Mohrenstraße 52, kostenfrei verabfolgt.

Pyrmont. Ueber die **Kurmittel** unseres altberühmten Kurortes sind in letzter Zeit eingehende wissenschaftliche Untersuchungen angestellt worden. Die Resultate derartiger Untersuchungen, die sich auf die Radioaktivität unserer Heilquellen beziehen, wurden von dem bekannten Radiumforscher Prof. Schaefer in Breslau in Verbindung mit unserem einheimischen Arzt San.-Rat Dr. C. Seebohm in Heft 4 des 2. Bandes der Zeitschrift „Radium in Biologie und Heilkunde" veröffentlicht. Danach schwankt die Radioaktivität bei den untersuchten drei Salzquellen zwischen 7,3 und 2,19 Macheeinheiten, bei den Stahlquellen und Säuerlingen zwischen 4,97 und 0,68 Macheeinheiten. Eine besonders starke Aktivität wurde an der Dunsthöhle mit 10,9 Macheeinheiten festgestellt, während das Moor, entgegen früheren Untersuchungen von anderer Seite, als inaktiv bezeichnet werden muß. Die große Heilwirkung des Moors beruht demnach auf anderen Ursachen. — Weitere wissenschaftliche Untersuchungen über photokatalytische Wirkungen der Pyrmonter Eisenwässer wurden von dem bekannten Berliner Universitätsprofessor Dr. C. Neuberg an der Kgl. Landw. Hochschule angestellt. Die Resultate dieser wichtigen Forschungen wurden im Januarheft 1913 der „Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene" veröffentlicht. Prof. Neuberg weist nach, ein wie wichtiger Faktor bei dem günstigen Erfolge unserer Eisenwässer das Licht und dessen Einfluß auf den Patienten ist. Andere Versuche, die auf experimentell-biologischer Grundlage den Nachweis über die Resorptionsfähigkeit der Eisensubstanzen unserer Quellen seitens Verdauungstraktus bringen werden bezw. an Hand elektrokardiographischer Studien den Einfluß unserer Quellen speziell bei Herzkranken behandeln, sind dem Abschluß nahe. Endlich stehen neue Analysen der Pyrmonter Quellen sowohl nach chemischer als auch physikalischer Richtung

bevor. In Zukunft sollen die Quellen wieder ständiger Kontrolle unterworfen werden. Zu diesem Zweck weilte vor kurzem der auf diesem Gebiete besonders bekannte Dr. Wagner (Salzbrunn) in Pyrmont, welcher den Plan zu dieser ständigen Kontrolle ausarbeiten wird.

Jerusalem. Die **Internationale Hygienische Untersuchungsstelle** in Jerusalem ist durch eine Abteilung für Tollwutbehandlung erweitert worden. Bisher mußten Wutkranke oder -verdächtige nach Kairo gesandt werden. Prof. Mühlens wird Mitte April als Leiter der Station wieder nach Jerusalem gehen. — Aehnliche Bestrebungen verfolgt die soeben gegründete **Gesellschaft jüdischer Aerzte und Naturwissenschaftler** für sanitäre Interessen in Palästina. Sie beabsichtigt ein bakteriologisches Laboratorium, Zentralstellen zur Bildung von Säuglingspflegerinnen zu schaffen und sich an der Malaria- und Trachombekämpfung zu beteiligen. Vorsitzender: Dr. Sandler, Charlottenburg, Droysenstr. 6.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Die Herren Aerzte und die Vorstände der Krankenhäuser muß ich mit Rücksicht auf die wiederholten Zuwiderhandlungen unter Hinweis auf § 1 in Verbindung mit § 2 No. 1 und § 3 Absatz 1 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, erneut darauf aufmerksam machen, daß jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose sowie auch jeder Todesfall an einer der im § 1 des Gesetzes sonst genannten Krankheit und an spinaler Kinderlähmung der zuständigen Polizeibehörde (für den Stadtkreis Berlin der Sanitätskommission) zu melden ist. Dies hat auch dann zu geschehen, wenn die Erkrankung bereits angezeigt war. Die Unterlassung der Meldung ist nach § 35 No. 1 des genannten Gesetzes strafbar.

Berlin, den 1. April 1913.

Der Polizeipräsident.
I. V.: Stolle.

Zu besetzen

ist am 1. Juli 1913 die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Hannover. Jahresremuneration 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

(Veröffentlicht am 9. April.)

Personalia.

Bayern.

Der Adelsmatrikel wurde einverleibt: Am 10. März der K. B. Hofrat, Großh. Oldenburgische Geh. Medizinalrat und K. Preuß. Prof. Dr. med. Karl v. Dapper-Saalfels in Bad Kissingen in erblicher Weise bei der Adelsklasse Lit. D.

Niedergelassen: Dr. L. Camnitzer in München, Dr. O. Römheld in Bissingen (B.-A. Dillingen), Dr. H. Rubin in Pirmasens, Dr. A. Veith in Nürnberg, Dr. K. Dix, Dr. O. Kastner, Dr. E. Martius, K. Bezirksarzt, Arzt am K. Strafvollstreckungsgefängnis Stadelheim, W. Stritt in München.

Verzogen: Dr. Hötzel von Nesselwang nach Sauerlach, Dr. Albert Bauer von Markt Oberdorf nach Nesselwang, Dr. Ilgmeier von Geisenhausen nach Geiselhöring, Dr. Frhr. v. Schönhüb von Oberviechtach nach Geisenhausen, Dr. Schmid von Sauerlach nach Schongau, Dr. R. Weilepp von München nach Vohburg, B.-A. Pfaffenhofen.

Gestorben: H. Langenheim in Nürnberg, Dr. G. Poeschel, K. Bezirksarzt a. D. in München, Medizinalrat Dr. Peter Schmidt, Bezirksarzt a. D. in Nürnberg, Medizinalrat Dr. J. Regler, Landgerichtsarzt a. D. in München.

Württemberg.

In den Ruhestand versetzt: Med.-Rat Dr. Rank, Direktor der Heilanstalt Weißenau, unter Verleihung des Titels Ober-Med.-Rat.

Verzogen: Dr. E. Veit von Tuttlingen nach Göppingen.

Gestorben: Dr. Th. Brenner in Friedrichshafen.

Baden.

Niedergelassen: Dr. H. Wirth in Heidelberg, Dr. Ph. Janson in Karlsruhe.

Praxis hat aufgegeben: Oberstabsarzt a. D. Dr. E. Spangenberg.

Verzogen: Dr. E. Wingenroth von Mannheim nach Baden, Dr. Max v. Hoffmann und Dr. H. Mächtle von Baden, Med.-Rat Jak. Kusel von Bruchsal nach Karlsruhe, Dr. H. Hönlein von Bühl nach Neustadt in Sachsen, Dr. J. Glamser von Pforzheim nach Hechingen, Oberstabsarzt a. D. Dr. G. A. Kirstein von Rastatt, Dr. R. Hess von Heidelberg nach Straßburg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. J. Baumgärtner in Baden.

Hessen.

Ernannt: Dr. Willmann in Herbstein zum Kreisassistenzarzt bei den Kreisgesundheitsämtern Büdingen und Schotten mit Wohnsitz in Bad Salzhausen, Kreisassistenzärzte Dr. Drescher in Mainz zum Kreisarzt in Alzey mit Verleihung des Charakters als Medizinalrat, Dr. Fresenius in Worms zum Kreisarzt daselbst und Dr. Zinsser in Offenbach zum Kreisarzt in Alsfeld.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Schäffer von Alzey nach Worms.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Fertig, Kreisarzt in Worms, unter Verleihung des Ehrenkreuzes des Hessischen Verdienstordens Philipp des Großmütigen.

Oldenburg.

Niedergelassen: Dr. K. Sommerlad in Delmenhorst, Dr. Ammermann in Brake, Dr. Weidner in Abbehausen.

Gestorben: Dr. Berkel in Varel.

Anhalt.

Angestellt: An Stelle von San.-Rat Dr. Friedrich in Radegast, der sein Amt als Bezirksimpfarzt niedergelegt hat, Dr. Walther Friedrich in Radegast zum Bezirksimpfarzt für den Impfbezirk Radegast.

Schaumburg-Lippe.

Auszeichnungen: Fürstlich Schaumburg-Lippisches Ehrenkreuz 4. Kl.: Kreisphysiker und Med.-Räten Dr. Burchard in Bückeburg und Dr. Lambrecht in Stadthagen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Ridder in Bückeburg.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. W. R. F. Ehrler in Hamburg.

Verzogen: Dr. H. P. E. Schroeder von Hamburg nach Mexiko.

Gestorben: Polizeiarzt Dr. Amtsberg und Dr. Meyersahm in Hamburg.

Bremen.

Niedergelassen: Dr. F. L. E. Heckner aus Ludwigshafen a. Rh., Dr. Franz Goldschidt in Bremerhaven, Dr. K. Th. Petersen in Bremen.

Elsaß-Lothringen.

Auszeichnung: Prädikat als Professor: Priv.-Dozenten Dr. Pfersdorf, Baer und Berg in Straßburg.

Ernannt: Prof. Dr. Spiro in Straßburg zum Honorarprofessor.

Niedergelassen: Dr. Beckhard in Straßburg.

Gestorben: San.-Rat Dr. Schäffer in Saargemünd, Dr. Zolki in Straßburg.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang **Berlin, 26. April 1913** **No. 17**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang | Berlin, 26. April 1913 | No. 17

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber ein neues wirksames Hämorrhoidalmittel.

Von

Dr. med. **Kastein** (Bremen).

Die Hämorrhoiden und deren Blutungen sind so alt wie das Menschengeschlecht. Wenn nun auch der Charakter dieser Krankheit bei den Aerzten nicht annähernd mehr so bedeutungsvoll wie in früheren Zeiten aufgefaßt wird, so ist sie doch immer noch ein Leiden, welches von Laien nur zu gern in seinen Erscheinungen und Komplikationen sehr hoch eingeschätzt wird und deshalb von den Aerzten mehr wie bisher berücksichtigt werden sollte. Das Wesen der Hämorrhoiden, die pathologische Anatomie, die Symptomatologie derselben ist so allgemein bekannt, daß es sich erübrigt, darauf näher einzugehen. Auch was die Therapie betrifft, so ist man sich über die wesentlichen Punkte wohl vollkommen einig; nur einiges sei noch einmal besonders hervorgehoben: Vor allem ist die am häufigsten vorkommende Ursache der Hämorrhoiden, die Obstipation, zu bekämpfen. Hier kommt in erster Linie eine geeignete Diät, überhaupt die Regelung der ganzen Lebensweise in Frage.

Die Obstipation kann auf verschiedentliche Ursachen zurückgeführt werden, die jedesmal geprüft werden müssen. Da kann es einmal ein zu kräftig genährter Organismus, ein andermal ein geschwächter anämischer Körper, dann wieder ein neurasthenisch veranlagter Patient sein, bei denen es sich durch falsche Ernährung um Obstipation handelt. Weiter kann letztere auf einer ungenügenden körperlichen Tätigkeit infolge sitzender Lebensweise etc. basieren. Jedenfalls ist für alle Fälle dafür zu sorgen, daß eine stärkere Kongestion im Abdomen vermieden wird, daß eine regelmäßige Defäkation stattfindet, und daß man alles verbietet, was für den Verdauungstraktus einen stärkeren Reiz abgibt, wie Gewürze, Alkoholica, Kaffee, Tee usw. Die Fleischnahrung ist einzuschränken, ebenso müssen sexuelle Exzesse vermieden werden. Wegen der Darmschleimhautreizung sind auch die oft beliebten Drastica nicht zu empfehlen, dagegen mildere Abführmittel anzuraten. Mit der Beseitigung der Obstipation geht in den meisten Fällen die Ektasie der Hämorrhoidalvenen langsam von selbst zurück und wären nicht viele Patienten den Anordnungen des Arztes gegenüber nachlässig und indolent, so würde man vielleicht ohne alle sonstigen Mittel das Leiden beseitigen können. Mancher Kranke wünscht aber, daß etwas ordiniert wird, was direkt sein Leiden zu beeinflussen imstande ist. Da ist es denn für uns Aerzte von großem Wert, Mittel zu besitzen, die vor allem die subjektiven Beschwerden der Hämorrhoidaiker wesentlich mildern und die bei längerem Gebrauch auch tatsächlich heilend wirken, ohne daß der Betreffende seine Lebensgewohnheiten wesentlich zu ändern braucht. In der Form der Suppositorien besitzen wir solche Medikamente.

Von allen Hämorrhoidalmitteln, die ich verwendete — da ich selbst Hämorrhoidaiker bin, habe ich für die Materie und die vorhandenen Remedia ein besonderes Interesse — erlangte ich bei weitem die besten Erfolge mit den Acetonal-Hämorrhoidalzäpfchen (Fabrikant Athenstaedt & Redeker). Diese Suppositorien enthalten 10 pCt. Acetonchloroformsalicylsäureester und 2 pCt. Alsol in reiner Kakaobutter. Sie vereinigen die adstringierende antiseptische Eigenschaft des Alsols mit der analgetischen und desinfizierenden des Acetonchloroformsalicylsäureesters. Bei Anwendung der Zäpfchen werden kleine Rhagaden und Fissuren schneller zur Heilung gebracht. Die Blutungen lassen bald nach. Die Schmerzen hören schon nach kurzem Gebrauch des Mittels auf und der Stuhlgang wird leichter, breiiger und regelmäßiger. Man verordnet am besten 2- bis 3 mal täglich Stuhlzäpfchen einzuführen, was längere Zeit ohne jede unangenehme Nebenwirkung geschehen kann. Bei sehr hartnäckiger Obstipation empfiehlt es sich, für Stuhlentleerung durch milde Abführmittel, am besten regelmäßig morgens vor der Einführung des ersten Stuhlzäpfchens, zu sorgen. Im Hygienischen Institut zu Bremen wurde von Herrn Ober-Medizinalrat Prof. Dr. Tjaden festgestellt, daß der Acetonchloroformsalicylsäureester in der bei den Hämorrhoidalzäpfchen zur Anwendung kommenden Dosis ohne die geringste Gesundheitsstörung vertragen wird und

bei kutaner Applikation keinerlei Reizerscheinungen erzeugt.

Ich lasse jetzt kurz noch einige Krankengeschichten folgen:

Fall 1. Fräulein K. R., 45 Jahre alt, leidet seit Jahren an Hämorrhoiden und Hämorrhoidalblutungen. Die äußeren Knoten hatten Haselnußgröße. Es bestanden heftige Schmerzen, quälendes Jucken und durch das lange Leiden hervorgerufene neurasthenische Beschwerden. Die Lebensweise war geregelt; die Menses waren ohne Beschwerden und regelmäßig. Bisher hatten innere Mittel und andere Suppositorien nur geringe Linderung, jedenfalls keine Besserung gebracht. Nach Einführung der neuen Hämorrhoidalzäpfchen waren die Knötchen nach 14 tägigem Gebrauch (morgens, mittags und abends) fast ganz zurückgebildet. Alle quälenden subjektiven Symptome ließen schon nach kurzem Gebrauch nach, die Blutungen wurden weniger, der Stuhl breiig; das Allgemeinbefinden hob sich bei dem raschen Zurückgehen der Beschwerden auffallend schnell.

Fall 2. Herr S., 32 Jahre alt, Kaufmann, klagt über Schmerzen beim Stuhlgang, Jucken und Blutungen. Die Untersuchung ergibt eine große äußere Ektasie und kleine innere Hämorrhoiden. Verordnung der neuen Suppositorien, 3 mal täglich einzuführen. Nach 8 Tagen bestätigt Patient eine wesentliche Besserung, nach 14 Tagen noch weiteren Rückgang der Beschwerden. Nach 3 Wochen erklärte Patient sich selbst für gesund; objektiv war nichts mehr nachzuweisen.

Fall 3. Frau Dr. N., 38 Jahre alt, hatte ähnlich große Beschwerden mit starken Blutungen und Entzündungserscheinungen in der Umgebung. Auch hier ließen die Beschwerden bald nach. Die Entzündung ging zurück, das Nässen hörte auf und Patientin fühlt sich unter dem Fortgebrauch des Mittels außerordentlich wohl.

Fall 4. An mir selbst habe ich die Hämorrhoidal-Stuhl-Zäpfchen ausgiebig versucht und ich kann nur sagen, daß mir bisher kaum ein anderes Mittel solche Dienste geleistet hat, wie dieses neue. Frei von allen lästigen Symptomen führe ich prophylaktisch ab und zu noch ein Zäpfchen ein und hoffe, damit für alle Zeit von Hämorrhoiden befreit zu sein.

Noch in mehreren Fällen habe ich das neue Hämorrhoidalmittel geprüft, wobei ich immer zu einem gleich günstigen Resultat gekommen bin. Ungünstige Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Es würde zu weit führen und nur Wiederholungen bringen, wollte ich die betreffenden Krankengeschichten mit anführen.

Zusammenfassend kann ich bestätigen, daß wir in den neuen Hämorrhoidal-Suppositorien ein wertvolles Remedium besitzen zur Bekämpfung der Hämorrhoiden und ihrer Beschwerden. Die Stauungen im Abdomen werden abgeschwächt, die Blutungen lassen nach kurzem Gebrauch nach, ebenso die heftigen Schmerzen und das unangenehme Jucken nebst dem damit verknüpften Nässen. Die Ektasien und Entzündungen werden zurückgebildet, der Stuhlgang wird breiiger und regelmäßiger. Der Patient fühlt sich immer schon nach kurzer Anwendung der Zäpfchen wesentlich gebessert.

Versuche mit dem neuen Hämorrhoidalmittel und eine Nachprüfung desselben werden daher den Herren Kollegen dringend empfohlen.

Interne Antigonorrhoica und Kavakavin.

Von

Dr. med. **Georg Haedicke**,
Arzt für Haut- und Harnleiden in Berlin.

(Schluß.)

Das mir von der Firma Jasper Nachf. in reichlicher Menge zugesandte Versuchsmaterial setzte mich in die Lage, eine größere Anzahl von Kranken eingehend mit Kavakavin zu behandeln und sollen hier in Kürze einige besonders markante Fälle in ihrem Heilungsverlaufe geschildert werden, soweit es der Rahmen dieser Veröffentlichung zuläßt.

Fall 1. Herr G. F., 28 Jahre alt, reisender Kaufmann, akquirierte vor 10 Tagen eine Gonorrhoe, gegen die er bisher nichts getan haben will. Schmerzen und immer häufiger werdender Urindrang führen ihn zum Arzt.

14. X. 12. Die objektive Untersuchung ergibt starken Ausfluß von rahmiger Konsistenz und grüngelblicher Färbung. Massenhafte Gonokokken. Der Urin, der nach Ausspülung der vorderen Harnröhre mittels der Thompsonschen Zweigläserprobe gewonnen ward, ist in beiden Portionen stark getrübt und reagiert alkalisch. Lymphadenitis inguinalis duplex.

Diagnose: Gonorrhoea acuta anterior et posterior, Cystitis gonorrhoica.

Therapie: Skrotaler Stützverband durch Suspensorium, Einreibung der Leistendrüsen mit Ungt. Kal. jodat. Da Patient am Tage Injektionen nicht ausführen kann, wird er angewiesen, wenigstens morgens und abends zu spritzen mit Sol. Argonin. 6,0/300,0. Intern: Kavakavin 3 mal tägl. 2 Tabletten, daneben die üblichen Diätvorschriften.

20. X. 12. Erst nach 6 Tagen erscheint Patient, der beruflich verhindert war, wieder. Objektiver Befund: Ausfluß noch ziemlich stark; zahlreiche Gonokokken. Leistendrüsen abgeschwollen, nicht mehr schmerzend. Nach Spülung der vorderen Harnröhre ist die erste Urinportion trübe, die zweite geklärt; subjektives Befinden bedeutend gebessert, Schmerz beim Urinieren nicht mehr vorhanden, Urindrang nur ab und zu noch auftretend, doch nicht so heftig. Da keine Magenbeschwerden, wird Kavakavin weiter ordiniert, sonst nicht verändert.

31. X. 12. Nach weiteren 11 Tagen stellt sich Patient wieder vor. Objektiver Befund: Leistendrüsen kaum noch fühlbar. Ausfluß gering, weißlich; Gonokokken noch vorhanden. Nach Spülung der vorderen Urethra die erste Portion des Urins leicht getrübt, zahlreiche Filamente, zweite Portion völlig klar; Urin zeigt deutlich saure Reaktion. Subjektives Befinden nach Kavakavin vorzüglich. Fortsetzung der bisherigen Therapie; extern Sol. Argonin. 2,0/200,0. Patient soll nach einer Woche wiederkommen, erscheint aber erst am Ende der dritten Woche.

19. XI. 12. Patient hat die Einspritzung längst verbraucht; er hat daher Kavakavin allein angewandt und schiebt demselben sein Wohlbefinden zu und glaubt sich geheilt. Objektiv ist von Ausfluß nichts mehr nachzuweisen; das Orificium urethrae externum wenig verklebt, im Präparat keine Gonokokken; beide Urinportionen blank und klar, in der ersten wenige, ganz zarte Filamente; Urin sauer reagierend; Lymphdrüsen normal. Patient erhält weiterhin Kavakavin, das ausgezeichnet vertragen wurde, und als Injektion jetzt Sol. Zinc. permangan. 0,5/300,0.

4. XII. 12. Da nach Verlauf von weiteren 2 Wochen Gonokokken nicht mehr zu finden sind, der Urin jetzt völlig klar ist und sonstige Beschwerden nicht bestehen, so wird Patient als geheilt entlassen.

Sicher hat in diesem Falle, in dem der Kranke eine Zeitlang außerstande war, die Injektionen vorzunehmen, das Kavakavin allein insofern als bedeutsamer Heilfaktor gewirkt, als ein Rezidiv der schweren Erkrankung auch ohne Einspritzung vermieden werden konnte.

Fall 2. Herr C. St., 35 Jahre alt, Zeugfeldwebel, konsultierte mich wegen schlecht geheilter Gonorrhoe, die er sich vor 4 Jahren zuzog. Der objektive Befund am 19. X. 12 ergab im spärlichen Harnröhrensekret wenige, meist extrazelluläre Gonokokken; Ausfluß nicht vorhanden, nur morgens etwas mehr Sekret als am Tage. Urin reagiert sauer. Nach Ausspülung der vorderen Harnröhre ist der Urin der ersten Portion leicht getrübt und mit zarten Fäden durchsetzt, der der zweiten Portion klar. Urethroskopisch ergibt sich Rötung und Schwellung des proximalen Abschnittes der vorderen Harnröhre, die an dieser Stelle nur für Porgès 14 durchgängig ist, so daß das Urethroskop nicht weiter vorzubringen ist. Leichte Prostatitis gonorrhoica, besonders des rechten Lappens.

Therapie: Sol. Argonin. 3,0/300,0 4 mal täglich einzuspritzen. Patient, der seit Jahren magenleidend ist und gelegentlich der ersten Behandlung seines Trippers auf jedes interne Antigonorrhoicum nach seiner Angabe mit fast sofortigem Erbrechen reagierte, weigert sich durchaus, ein von innen wirksames Mittel zu nehmen, und verlangt ausschließlich lokale Therapie seines Leidens. Dennoch gelingt es, ihn schließlich zu einem Versuch mit Kavakavin, zunächst 2 mal täglich 1 Tablette, zu überreden, nachdem innerhalb der ersten 2 Wochen die besten Antigonorrhoica interna, Santyl, Gonosan, Urotropin, Hexal, wie ich mich selbst überzeugen konnte, stets neue Magenbeschwerden bei ihm hervorgerufen hatten. Nachdem zwei Tage Kavakavin genommen wurde, berichtet Patient am 5. XI. 12, daß das Präparat ihm bisher keinerlei Unbehagen bereitet habe und ist bereit, die Dosis langsam zu steigern.

12. XII. 12. Nach Verlauf von acht Tagen kann Patient 6 Tabletten pro Tag regelmäßig ohne jede Beschwerden nehmen und wird die Kavakavindarreichung fortgesetzt. Unter fast täglicher Massage der Prostata und Bougieren der Striktur tritt Heilung der Prostatitis und Erweiterung der Striktur auf Porgès 24 ein, so daß die Spülung der vorderen Harnröhre mittels Dreuwscher Wasserdruckmassage (2 proz. essigsaure Tonerdelösung) bequem gelingt und danach die Einführung von 6 mm dicken und 15 cm langen Isicylbougies vorgenommen werden kann. Diese Behandlung, bei der der Patient tagsüber nur auf Kavakavin angewiesen ist, führt bis zum 18. XII. 12 zu dem Erfolge, daß er, von den Symptomen der chronischen Gonorrhoe befreit, seinen Weihnachtsurlaub antritt, während dessen er das Kavakavin weitergebraucht. Nach seiner Rückkehr, 6. I. 13, besuchte er mich noch einmal, um mir erfreut mitzuteilen, daß er sogar, trotz meines Abratens, das Neujahrsfest sehr vergnügt und ohne sich zu schonen gefeiert habe, trotzdem aber keinerlei Zeichen eines Rückfalles aufgetreten seien.

Patient hat also, was in diesem Falle sehr interessant ist, das Kavakavin zwei Monate hindurch vorzüglich vertragen, trotzdem er magenleidend ist und jedes andere innerliche Mittel bei ihm die übelsten Nebenwirkungen zeitigte; ferner hat das Präparat, wie wohl anzunehmen ist, auch hier die örtliche Therapie, die nur am Abend vorgenommen wurde, ganz wesentlich unterstützt.

Fall 3. Frl. M. G., 19 Jahre alt, Buchhalterin, kommt am 7. XII. 12 wegen Ausflusses, der seit zwei Tagen besteht, und wegen Schmerzen beim Urinieren in meine Sprechstunde. Diagnose: Akute Gonorrhoe. Massenhafte Gonokokken im Sekret der Urethra und Vagina; Urin stark alkalisch, sehr getrübt. Da Patientin außer Stellung ist, so ist es ihr möglich, die verordnete strikte Bettruhe einzuhalten; sie wird ferner angewiesen, dreimal täglich eine Scheidenspülung mit Alsollösung (1/2 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser) auszuführen; intern werden sofort 6 Kavakavintabletten pro Tag verordnet. Am 15. XII. 12 stellt sich Patientin wieder vor; Ausfluß noch vorhanden; Gonokokken positiv; Urin neutral und bedeutend geklärt; subjektive Beschwerden sind kaum noch vorhanden; Fortsetzung der Kavakavindarreichung.

Am 30. XII. 12 sind alle subjektiven Beschwerden verschwunden; der Ausfluß hat fast aufgehört, der Urin ist klar, von saurer Reaktion, ohne corpuskuläre Beimengungen. Die Untersuchung des Cervixsekrets ergibt keine Gonokokken.

Am 25. I. 13 ist der objektive Befund nach jeder Richtung hin negativ; keine Gonokokken mehr nachweisbar, kein Ausfluß mehr vorhanden; die bimanuelle Untersuchung ergibt freie Adnexe; Urin blank und klar, so daß Patientin geheilt entlassen wird.

Auch dieser Fall zeigt klar die hervorragend prophylaktische Wirkung des Kavakavins, das in Verbindung mit der nötigen Bettruhe die bei Frauen besonders gefürchtete Adnexerkrankung im Verlauf des Trippers auszuschalten imstande war; auch hier wurde während der ganzen Zeit das Kavakavin vorzüglich vertragen.

Bezüglich der weiteren, kürzere oder längere Zeit mit Kavakavin behandelten, zahlreichen Fälle kann ich summarisch berichten, daß das Präparat die Erwartungen, die wir an ein gutes internes Antigonorrhoicum zu stellen berechtigt sind, nach jeder Richtung hin erfüllte; das Kavakavin ist imstande, auf Grund seiner sinnreich zusammengestellten Komponenten die subjektiven Erscheinungen der Gonorrhoe, die den Kranken zunächst am meisten belästigen, sehr bald günstig zu beeinflussen; nach wenigen Tagen lassen das Kitzeln und intensive Brennen in der vorderen Harnröhre nach, Dysurie und Blasendrang verschwinden auffallend schnell, während das reichlich dickflüssige, grün-gelbliche Sekret bereits in der zweiten Woche einen mehr dünnflüssigen, schleimig-serösen Charakter annimmt.

Bei Affektionen der hinteren Harnröhre tritt gleichfalls verhältnismäßig schnell die Ansäuerung und Klärung des Urins zutage, so daß auch diese Gruppe der Erkrankungen der hinteren Harnwege bald der dauernden Heilung zugängig wird, Komplikationen, die bei frühzeitig einsetzender Kavakavin-Verabfolgung, im Anfangsstadium der Gonorrhoe ebenso, wie durch andere interne Antigonorrhoica vermieden werden können, wie denn auch der ganze Krankheitsverlauf eine nicht unwesentliche Verkürzung durch Kavakavin erfahren kann.

Das Präparat, das selbst von Magenleidenden gut vertragen wurde, entfaltet neben hoher sedativer und analgetischer Potenz infolge seines Aufbaues auch eine ischämisierende und sekretionsbeschränkende Fähigkeit, zu der sich die antiseptische und antibakterielle Kraft gesellt, die m. E. das Kavakavin den besten Santalolpräparaten gleichberechtigt erscheinen lassen.

Das Präparat kommt in der kompendiösen und beliebten Tablettenform in den Handel, die bei genauer Dosierung trotz kleinen Volumens einen besonderen Reichtum heilkräftiger Substanzen birgt, woraus sich die große Annehmlichkeit im Gebrauch von selbst ergibt, welche der ausgiebigen Verwendung des Kavakavins von vornherein ein fast unbegrenztes Gebiet sichert; ganz abgesehen von dem ungewöhnlich niedrigen Preise, der für das Präparat festgesetzt wurde. Dasselbe wird in der Kassenpraxis in einer Anzahl von 50 Tabletten bezw. Einzelpackungen zu 1,50 M., in der Privatpackung zu 2,50 M. abgegeben, während sämtliche Konkurrenzpräparate erheblich teurer sind, ohne daß die Wirkungen im Einzelfalle dadurch erhöht wären; nicht unerwähnt soll endlich bleiben, daß in letzter Zeit sowohl die private, wie auch die Kassenpackung eine vornehm geschmackvolle Ausstattung erfahren hat.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten, Kinderheilkunde und Neurologie).

Dr. **G. Armbruster** (Schweinheim): **Ueber Entstehung von Pertussis.** (Deutsche med. Presse, 1912, No. 22.)

Verf. vertritt die Ansicht, daß Influenzakeime im Bereiche des Kehlkopfes oder der oberen Trachea unter Umständen zu Pertussiskeimen mutieren können. Die Influenza kann in entsprechender Weise als die Ursache von Keuchhusten angesehen werden; er kann auf Influenza sicher folgen, auch wenn kein Keuchhusten in der näheren oder weiteren Umgebung sich findet. Außer den spezifischen Bakterien kommen noch andere Faktoren bei der Entstehung des Keuchhustens in Betracht: die katarrhalische Entzündung, die krampfartige Reizung des Schlundes und die Bildung von Charcotschen Kristallen. Masern prädisponieren nur für die Pertussis. Man kann Chinin das Heilmittel gegen Keuchhusten nennen. Das neuerdings empfohlene Chineonal, das sich auch bei manchen Anginen und bei Frösteln mit Schlaflosigkeit infolge naßkalter Witterung bewährt, kann den beginnenden Keuchhusten vollständig verhindern. Sonst ist das Mittel besonders angezeigt bei starken nächtlichen Anfällen.

Dr. **J. F. v. Crippa** (Bad Hall, Linz): **Ein Beitrag zur Beantwortung der Frage: Ist die Modifikation der Wassermannschen Blutprobe nach v. Dungern verläßlich?** (Wiener med. Wochenschrift, 1912, No. 43.)

Verf. hat die v. Dungernsche Methode bei mehr als 50 Patienten geprüft und in allen Fällen, die kurz vorher oder nachher auch im Wiener serodiagnostischen Institut untersucht waren, volle Uebereinstimmung der Resultate festgestellt. Er empfiehlt Innehaltung der den Merckschen Bestecken beigegebenen Anweisung; die Vorschläge von v. Ingersleben für die Technik der Reaktion scheinen entbehrlich. Die Probe ist rund 3 Stunden nach Beginn beendigt, die einzelnen Manipulationen nehmen jedoch als solche weniger Zeit in Anspruch. Bei der Wichtigkeit der zu entscheidenden Frage soll der untersuchende Arzt auch die gewöhnlichen Handgriffe (Schütteln der Reagenzgläser) selbst ausführen. Nach den vorliegenden Erfahrungen ist die Methode eine wertvolle und brauchbare Vereinfachung der Wassermannschen Originalreaktion. Wo Zeit und Mittel es erlauben, z. B. bei Heiratskandidaten, soll auf die Originalmethode keineswegs Verzicht geleistet werden. M.

Privatdozent Dr. **Bacmeister** (Freiburg i. Br.): **Das Auftreten virulenter Tuberkelbacillen im Blut nach der diagnostischen Tuberkulininjektion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

In einer kürzlich erschienenen Arbeit hatte Verf. zusammen mit Rueben den Nachweis geführt, daß die Stäubli-Schnittersche Methode für den Nachweis der Tuberkelbacillen im Blut mittels des Ausstrichs keine einwandfreien Resultate liefert, daß durch sie Gebilde zur Darstellung kommen, welche keine Tuberkelbacillen sind, sich aber von ihnen durch die mikroskopische Untersuchung nicht unterscheiden lassen. Maßgebend sind nur Tierversuche. Letztere ergeben allerdings, daß virulente Tuberkelbacillen viel häufiger in das zirkulierende Blut gelangen, als man früher angenommen hatte. Je schwerer der tuberkulöse Prozeß im Körper ist, um so häufiger werden spezifische Bacillen im Blut angetroffen. Verf. benutzte bei seinen Untersuchungen in den meisten Fällen gleichzeitig das Ausstrichverfahren und den Tierversuch. Bei 15 leichteren Fällen von Lungentuberkulose fanden sich allemal „säurefeste Bacillen“ im Ausstrichpräparat, dagegen verlief der Tierversuch negativ. Es wurde nun bei diesen 15 Patienten, nachdem der erste Tierversuch angesetzt war, eine diagnostische Injektion von Alttuberkulin vorgenommen und dann 12 bis 24 Stunden später, möglichst auf der Höhe der Reaktion, wieder Blut entnommen und Kaninchen in die Bauchhöhle gespritzt. Dabei fiel dann in 4 Fällen der Tierversuch positiv aus, d. h. bei den betreffenden Kaninchen fand sich nach 3 Monaten Tuberkulose in der Bauchhöhle. Es kann aus diesen Versuchsergebnissen nach Verf. geschlossen werden, daß bei an Lungentuberkulose leidenden Patienten durch die im Anschluß an die Tuberkulininjektion stattfindende Reaktion ein Uebertritt von Tuberkelbacillen aus den tuberkulösen Herden in das Blut hervorgerufen werden kann. Nicht die Höhe der Temperatur scheint für den Uebertritt der Bacillen maßgebend zu sein, sondern die akute Herdreaktion. Schädliche Folgen sind bei den 4 Patienten nicht aufgetreten. Immerhin ergibt sich auch aus den mitgeteilten Beobachtungen, daß die diagnostische subkutane Tuberkulininjektion nicht ganz ohne Bedenken ist und daß man bei der diagnostischen und therapeutischen Verwendung des Tuberkulins eine akute Herdreaktion vermeiden sollte. R. L.

Dr. **A. Hougardy: Ein Fall von Morbus Basedowii mit Stauungspapille bei einem 14 jährigen Knaben.** (Société Médico-Chirurgicale de Liège, Sitzung vom 16. November 1912.)

Bei einem 14 jährigen Knaben wurden Symptome des Morbus Basedowii (Exophthalmus, Tachykardie, Tremor der Finger, Hypertrophie der Schilddrüse) beobachtet. Die Erkrankung hatte plötzlich mit starken Kopfschmerzen und darauf folgender Abnahme der Sehschärfe, zuerst des rechten, am nächsten Tage des linken Auges, eingesetzt. Eine augenärztliche Untersuchung ergab das Vorhandensein einer Stauungspapille, außerdem aber auch andere Symptome, die auf einen intrakraniellen Tumor schließen lassen konnten. Bei eingehenderer Untersuchung wurde dann jedoch die Diagnose Morbus Basedowii bestätigt, weshalb Antithyreoidinbehandlung eingeleitet wurde. Der Kranke erhielt das Serum in steigenden Dosen von 15 bis 30 Tropfen täglich. Da die Symptome sehr bald zurückgingen, wurde die Dosis von 30 Tropfen nicht überschritten. Die Antithyreoidinwirkung äußerte sich zunächst durch Besserung der Augensymptome. Das Allgemeinbefinden hob sich wesentlich, Tachykardie und Tremor gingen bedeutend zurück. Während der Exophthalmus fast völlig verschwand, blieb der Kropf unverändert.

In Anbetracht des jugendlichen Alters des Patienten bietet die Beobachtung besonderes Interesse, denn nur 5,3 pCt. aller Basedowfälle betreffen Personen unter 15 Jahren. Das akute Auftreten der Erkrankung ist für das Kindesalter charakteristisch; dagegen ist die Tachykardie weniger ausgesprochen und der Umfang des Kropfes geringer, als bei Erwachsenen. Der Exophthalmus fehlt in 40 pCt. der Fälle. Die Prognose ist günstiger, als bei Erwachsenen. Bei diesen geht die Erkrankung in 31 pCt., bei Kindern nur in 9 pCt. der Fälle letal aus. —k.

Edmund Jerzycki: Ein Fall von juveniler Tabes mit Geistesstörungen. Aus der Psychiatr. und Nervenklinik in Kiel. (Dissertation, Kiel 1912.)

Die jugendliche Tabes kann meist auf hereditäre Lues zurückgeführt werden, doch vermißt man oft bei einem Teil der jugendlich Erkrankten jeden Anhaltspunkt für diese Annahme. Manche Fälle, die als jugendliche Tabes bezeichnet sind, muß man als Friedreichsche Krankheit bezeichnen. Das auffälligste Symptom bei der hereditären Tabes Friedreichs, die ausgesprochene Ataxie, fehlt oft bei der juvenilen Tabes. Wie bei der Tabes der Erwachsenen, ist auch bei der Tabes juvenilis die Syphilis das hauptsächlichste, vielleicht das einzige ätiologische Moment. Der Verlauf der juvenilen Tabes ist ein durchaus milder; sie läßt sich ebenso wenig durch eine antiluetische Kur beeinflussen, wie die Tabes der Erwachsenen. In der Mehrzahl der Fälle von juveniler Tabes ist kongenitale Lues die Ursache, zuweilen auch früh erworbene Lues. Verf. beschreibt ausführlich einen Fall von juveniler Tabes mit paranoiden Erregungen. Es handelt sich um einen 17 jähr. Jüngling mit Blasenbeschwerden, Blindheit, Pupillenstarre, Sehnervenatrophie, aufgehobenen Patellar- und Achillessehnenreflexen, angedeutetem Rombergschen Phänomen und herabgesetzter Schmerzempfindung. Die Sehnervenatrophie muß schon lange vor dem 12. Lebensjahre begonnen haben, denn mit 12 Jahren merkten die Lehrer in der Schule eine starke Herabsetzung des Sehvermögens; nach einigen Wochen war der Knabe vollständig blind mit totaler beiderseitiger Sehnervenatrophie. Lancinierende Schmerzen und ausgesprochene lokomotorische Ataxie sind bei der juvenilen Tabes selten. Kongenitale Lues ist aus der Anamnese und dem sonstigen Befund überaus wahrscheinlich. Vater Potator strenuus. Patient hat Hutchinsonsche Zähne, rissig aufgeworfene Lippen, rinnenförmigen Gaumen, angewachsenes Ohrläppchen; in frühester Jugend Ausschläge gehabt. Die Tabes dieses Patienten ist dadurch interessant, daß sie mit paranoiden Erregungszuständen verknüpft ist. In der Literatur sind Fälle von Tabes mit psychischen Störungen, die nicht charakteristisch für Paralyse waren, beschrieben. Bei ihnen hat sich jedoch später eine Paralyse entwickelt. So ist auch bei dem jugendlichen Tabiker des Verfassers die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß sich eine Paralyse entwickelt. F.

Chirurgie.

M. Borchardt (Berlin): **Zur Behandlung beginnender Gangrän.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1913, No. 9.)

Bei einem 54 jährigen Manne mit schwerer Arteriosklerose entwickelte sich unter starken Schmerzen eine Zehengangrän, welche nach dreimonatiger Dauer zur Exartikulation zweier Zehen und später, als die Gangrän eine feuchte wurde und eine Fußphlegmone auftrat, zu einer Amputation im Oberschenkel führte. An der Amputationsstelle zeigte sich die Femoralis fast verschlossen. Der Patient machte eine außerordentlich schwere Rekonvaleszenz durch; eine Thrombose der Mesaraica, die zu schweren Magen-Darmblutungen führte, brachte ihn an den Rand des Grabes, aber er genas schließlich. Nun begannen am anderen Fuß Erscheinungen beginnender Gangrän aufzutreten, genau wie es im ersten begonnen hatte, Schmerzen in den Zehen, gewisse Schwere in der Beweglichkeit, blaue Verfärbung, so daß der Pat. selber mit Schrecken die Gefahr des Brandes auch am anderen Fuße erkannte. Da die üblichen Mittel, Hochlagerung, feuchte Wärme u. dgl., versagten, so verwendete Verf. nunmehr Wechselbäder bis zum Knie. Zwei hohe Eimer wurden, der eine mit Wasser von 35° C., der andere mit abgestandenem Wasser gefüllt; das Bein blieb in jedem Eimer nur wenige Sekunden; die Prozedur wurde anfangs 30 mal, später 50 mal wiederholt; allmählich wurde die Temperatur des warmen Wassers auf 55° C. erhöht und andererseits direkt das kalte Leitungswasser genommen. Wochenlang wurden die Bäder morgens und abends genommen. Der Erfolg war ein geradezu überraschender: Unter dem Gebrauche der Wechselbäder schwanden die Schmerzen prompt. Während des Bades wurde der Unterschenkel stets hochrot und warm; er zeigte eine viel kräftigere Hyperämie als etwa bei dem Gebrauch gleich warmer Bäder allein; der Patient setzt diese Bäder nunmehr seit 5/4 Jahren fort, ohne daß es zur Gangrän gekommen ist. Es zeigt im Gegenteil die fortlaufende Beobachtung eine zunehmende bessere Durchblutung der Extremität.

Den subjektiv wohltätigen, schmerzlindernden Einfluß sah Verf. noch in einem weiteren Falle, dessen Behandlung er leider zu spät in Angriff nahm, bei dem er aber auch glaubt, daß durch die Behandlung mit den Wechselbädern ein gewisser Stillstand erzielt wurde.

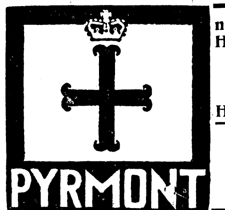
Die Wechselbäder haben, wie Verf. scheint, nach mehrfacher Richtung hin Bedeutung. In einzelnen Fällen dürften sie, rechtzeitig und sorgfältig angewandt, das Auftreten der Gangrän verhindern; ist es richtig, daß das intermittierende Hinken nicht gar so selten als Vorstufe der Gangrän aufzufassen ist, so möchte Verf. für diese Erkrankung die Wechselbäder warm empfehlen. Sie sind offenbar in hervorragender Weise geeignet, die Bildung eines Kollateralkreislaufes anzuregen und könnten bei schon bestehender Gangrän die Blutversorgung der peripheren Teile erheblich verbessern. Dadurch ist man dann imstande, die Amputationsgrenze etwas weiter herabzuschieben. Kr.

Prof. Dr. **Carl Lewin** (Berlin): **Wie behandeln wir inoperable Geschwülste?** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1913.)

Verf. will dem praktischen Arzte, dem keine Institute mit kostspieligen Instrumenten zur Verfügung stehen, eine Reihe von therapeutischen Maßnahmen an die Hand geben, die er in der Behandlung nichtoperabler Tumoren als zweckmäßig erprobt hat. Bei Anwendung aller dieser therapeutischen Methoden müssen wir uns allerdings von vornherein sagen, daß wir mit ihnen eine Heilung nur in verschwindend wenigen Fällen werden erzielen können. Ein gewisses Maß von Milderung der Schmerzen, von Besserung der Beschwerden ebenso wie eine Hebung des Allgemeinbefindens werden wir aber sicherlich öfters erreichen können. Verf. geht davon aus, daß dem praktischen Arzte der kleinen Städte und des flachen Landes die Möglichkeit der Anwendung einer Strahlentherapie nicht zu Gebote steht. Wo das aber der Fall ist, empfiehlt er zunächst eine Behandlung mit Röntgen-, Radium- oder Mesothoriumbestrahlung. Gute Erfolge sieht man davon lediglich bei Hautcarcinomen und bei manchen Sarkomen, insbesondere den Lymphosarkomen. Den traurigen Ausgang kann die Bestrahlung freilich nur verzögern, aber so gut wie niemals verhindern. Ganz und gar zu verwerfen sind alle als spezifische Krebsheilmittel angepriesenen Heilsera, vor allem das Antimeristem von Otto Schmidt. Seine Anwendung ist teuer und für den Patienten außerordentlich schmerzhaft, der Erfolg dieser angreifenden Prozedur aber gleich Null. Alle Verf. bekannten Heilsera sind überhaupt am besten aus der Behandlung der inoperablen Tumoren ganz zu verwerfen. Ihr Nutzen ist problematisch, häufig aber sind so unangenehme Nebenwirkungen (Schmerzen, Fieber usw.) zu beobachten, daß Verf. vor ihrer Anwendung nur dringend warnen kann.

Ueberaus günstig auf die Verdauung und das Allgemeinbefinden wirkt nach Verf. Pankreatin oder Pankreon. Er gibt es 3 mal täglich zu 0,25 bis 0,5 g innerlich 10 Minuten vor den Mahlzeiten. Bei äußerlichen ulcerierenden Tumoren, auch bei Uterus- und Rektumcarcinomen empfiehlt Verf. das Trypsin in Form des Carbenzyms, eine Verbindung von Trypsin und Kohle, die auf die ulcerierten Tumoren sekretionsbeschränkend wirkt. Die äußerlichen ulcerierenden Tumoren behandelt man wie jede andere sezernierende und schlecht heilende Wunde. Sehr gut wirken Wasserstoffsuperoxyd oder trockene Kohlenverbände. Ulcerierende Uteruscarcinome werden mit Ausspülungen von essigsaurer Tonerde, von Borsäure usw. und mit Wasserstoffsuperoxydtampons behandelt. Bei der Behandlung dieser Tumoren spielen auch ätzende Substanzen von jeher eine große Rolle. Namentlich das Zinkchlorid wird seit langer Zeit empfohlen. v. Herff besonders hat es in letzter Zeit wieder gerühmt. Er tamponiert den gereinigten Tumorherd mit 50 proz. Chlorzinkpaste und entfernt den Tampon nach vier bis acht Stunden. Das wiederholt er vier bis fünf Tage lang. In der Behandlung der Uteruscarcinome ist es in dieser oder ähnlicher Form oft verwendet worden und mehrfach sind voll-

Salzbrunner Oberbrunnen gegen Katarrhe



nahe Hannover

AELTESTES STAHL=SOL=MOORBAD

Natürliche kohlensaure Stahlquellen; Radioaktive Solquellen; weitausgedehnte eigene Eisen-Moorlager.

Heilerfolge bei: Stoffwechsel-, Nieren- und Nervenkrankheiten, bei Erkrankungen des Blutes, des Herzens, der Leber, der Atmungs-, Verdauungs- und Sexualorgane. — Bade- und Trinkkuren. Inhalatorium. Milch-, Liege- und Terrain-Kuren.

Entzückende Umgebung. — Berühmter alter Park.
Fürstl. Kurhotel. Alles Nähere: Fürstl. Wald. Kurverwaltung.

Resorbierende
Salizylseife Rheumasan
Tube M. 2.— und M. 0.90

Rheumatismus

Lumbago,
Gicht, Ischias,
Neuritis,
Influenza,
„Herzschmerzen",
Oculomotoriuslähmung.

Literatur und Proben gratis von

Ester-Dermasan, eine weiche Salicylseife mit erhöhtem Ester-Gehalt, wird als wirksames Resorbens, Antineuralgikum, Antirheumatikum, Antiseptikum und Antiarthritikum geschätzt. Die erste Publikation aus Geh. Rat Hoffa's Klinik (Berlin) betrifft Arthritis deformans, hartnäckige Ischias mit reflektorischer Wirbelsäulen-Verkrümmung, tabische und spondylitische Schmerzen und schmerzhafte Gelenkergüsse. Weiter bewährte es sich bei Pleuritiden, „Herzschmerzen" und akutem Muskelrheumatismus. Die gynäkologischen Arbeiten (aus den Kliniken der Professoren Dührßen und v. Bardeleben) empfehlen E. D. bei Adnexerkrankungen, Peri- und Parametriden und chronischer Gonorrhoe, Cervix-Katarrhen, Fluor alb. Entweder werden ca. 5,0 Ester-Dermasan auf Gazestreifen oder Wattetampon gebracht oder zur Selbsteinführnng die Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln gebraucht. Bei chron. Gonorrhoe wurde zur sicheren Abtötung der Gonokokken der Estergehalt weiter erhöht und damit das Präparat geschaffen: „verstärkte" Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln (Prof. Bardeleben-Pinner). Publikationen aus Prof. Max Joseph's Klinik behandeln die günstige Ester-Dermasan-Wirkung bei chronischen u. juckenden Ekzemen (Psoriasis, Tylosis, Pityriasis). Für hartnäckigere Fälle hatten sich dort Chrysarobin- resp. Teer-Dermasan u. Chrysarobin-Teer-Dermasan bewährt. Die erhöhte Tiefenwirkung dieser Kombinationen erwähnt auch Prof. Klingmüller.

Ferner findet Ester-Dermasan Anwendung bei Pruritus vulvae und ani und zwar abwechselnd mit den anästhesierend und kühlend wirkenden Lenicet-Suppositorien (Haemorrhoiden) oder mit Peru-Lenicet-Salbe. Letztere wird auch als Spezifikum gegen Röntgen-Dermatitiden empfohlen. E. D. 1,25, 2,50; E. D. Vag. Kap. 2,50, „Verstärkte" 2,75. Lenicet-Suppos. 1,20.



Schwer lösliche essigs. Tonerde in antiseptisch reizstillend Präparaten.

-Salbe (-Vaseline) Tube M. 0,75. Dosen 25, 50 u. 90 Pf.

Lenicet-Hautcrême (Lenicrême) Tube 60 Pf. Dose 25 Pf.

Antiseptische, sekretionsbeschränkende, kühlende

Verband-, Haut- und Augen-Salben

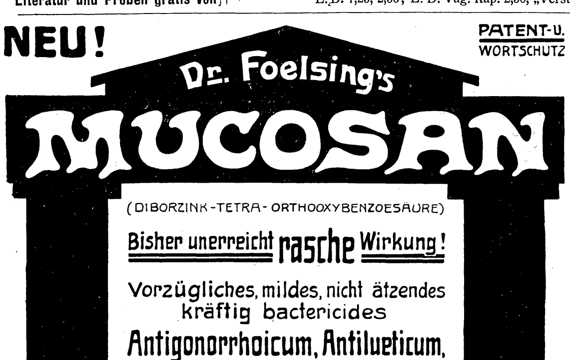
und zur Massage, zu letzterer Lenicet-Salbe.

L.-Streupulver 20 % auch genannt L.-Bolus 20%. Ferner c. Peroxyd, Jod, Arg, Hyperhydr., Dauer-Verband-Puder, Fluor a. acut. Gon. Eros.

Peru
-Lenicet-Pulver M. 1,25
„ „ -Salbe M. 0,50; 1,—
„ „ -Kompresse M. 0,80; 1,50
Ulc. cr., Decub., Röntg.-Derm.

Dr. Reiss, Charlottenburg 4 u. Wien VI/2

NEU! PATENT-U. WORTSCHUTZ



(DIBORZINK-TETRA-ORTHOOXYBENZOESÄURE)

Bisher unerreicht rasche Wirkung!

Vorzügliches, mildes, nicht ätzendes kräftig bactericides
Antigonorrhoicum, Antilueticum, Antisyphiliticum bei Primär-Affecten.
◦ Antisepticum ◦

Fabrik pharmazeutischer Präparate G. m. b. H.
Elbestr. 10 · Frankfurt a/M. · Tel. 7818

Erholungsheim Südstrand
„Villa Wilhelmine Wyk-Föhr"

für Kinder gebildeter Stände ohne Begleitung.

Liegehalle, Luftbad, Gymnastik (rhythm. Gymnastik), ärztliche Sprechstunden Sommer- und Winterkur. Besuch des Nordsee-Pädagogiums am Platze. Volle Pension inkl. Wäsche, kl. Ausgaben, Spazierfahrten 150 M. pro Monat.

Lehrstunden im Hause. Aerztliche Referenzen.

Leiterin: **Else Schumann,** früher Nieblum a. Föhr.

PERDYNAMIN

Hämoglobin-Präparat, durch seinen hohen Gehalt an natürlichem Bluteisen als Kräftigungsmittel für Erwachsene und Kinder vorzüglich bewährt. Besonders beliebt wegen seines guten Geschmackes u. seiner appetitanregenden Wirkung. Unschädlich für die Zähne u. leicht verdaulich.

LECITHIN-PERDYNAMIN

als Lecithin-Hämoglobin-Präparat zur Erhöhung des Hämoglobingehaltes im Blute und zur Kräftigung des Nervensystems ärztlich empfohlen. Vorzügliches, angenehm schmeckendes Nervennährmittel, das Phosphor und Eisen in leicht assimilierbarer Form dem Organismus zuführt.

Guajacol-Perdynamin

ein Guajacol-Hämoglobin-Präparat, ärztlich empfohlen bei Erkrankungen der Atmungsorgane, bei Lungenkatarrhen, Lungentuberkulose u. Skrofulose.

Proben und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik Arthur Jaffé, Berlin O., Alexanderstr. 22

Pertussis

Individuelle Behandlung durch Toluta.

Toluta I im Anfangs- und Endstadium der Krankheit. Schachtel mit 80 Tabletten 2,— M.
Stib. sulfur. aur. Kal. sulfog. Natr. sulfuric. Sennae praep. Succ liq. Eleosacchar. Maya sicc.

Toluta II im Exacerbationsstadium. Glasröhre mit 20 Tabletten 2,— M. Jede Tabl. enthält:
Heroin mur. 0,0002, Hydopyr. 0,1, Cacao, Sacchar. Maya siccat.

Gratismaterial, ärztliche Referate, Prospekte durch

Laboratorium für Therapie, G. m. b. H., Dresden 58.

kommene Heilungen in der Literatur beschrieben worden. In jüngster Zeit wird von Zeller in Weilheim die Behandlung ulcerierter Tumoren mit einer Arsen-Zinnoberpaste bei gleichzeitiger innerlicher Verabreichung von Siliciumsalzen empfohlen. Diese Methode hat großes Aufsehen gemacht. Die Zellersche Methode der Krebsbehandlung ist nach L. kein Mittel etwa für alle Tumoren. Er empfiehlt die Arsenpaste bei äußerlichen ulcerierten Tumoren, namentlich Kankroiden oder bei Uteruscarcinomen als Tampon anzuwenden. Das Silicat spielt nach L.s Ueberzeugung keine Rolle, doch kann man es ohne Schaden geben. Inwieweit damit Erfolge erzielt werden, muß der Zukunft überlassen bleiben. Bisher hat L. noch keine Heilung damit erzielt. Bei den nichtulcerierten Tumoren ist von Arzneien das Arsen in mannigfachster Form empfehlenswert. Namentlich als Atoxyl kann es subkutan zu 0,1 g jeden zweiten Tag injiziert werden, bis zu 30 Injektionen. Von Salvarsaninjektionen hat L. niemals irgendeinen günstigen Erfolg bei malignen Tumoren gesehen. Gleichzeitig mit der Arsenmedikation empfiehlt sich die Injektion von Adrenalin in den Tumor, eine Methode, die Reicher angegeben hat. Reicher und Echtermeyer haben mit den Adrenalininjektionen in den Tumor hier und da günstige Ergebnisse gehabt. Nach der Vorschrift von Reicher beginnt man mit der Injektion von 0,1 g Adrenalin, das man mit ½ pCt. Novocain auf 2 ccm verdünnt. Dann steigt man jeden zweiten bis dritten Tag um 0,1 g Adrenalin bis zu 1,0 g. Jedesmal wird auf 2 ccm mit der Novocainlösung aufgefüllt. Verf. hat danach manchmal Verkleinerungen von Tumoren gesehen, eine völlige Heilung ist freilich ausgeblieben. Schurig behauptet, auch mit innerlicher Darreichung von Sol. Fowleri vier Fälle von inoperablem Carcinom geheilt zu haben. Mendel spritzt täglich 1 bis 4 ccm einer 5 proz. Lösung von Natrium cacodylicum intravenös mit gutem Erfolge und Schleich verwendet Natrium cacodylicum täglich zu 0,05 zu Einspritzungen in den Tumor. Zu innerlicher Darreichung empfiehlt sich auch das neue lipoide Arsenpräparat Elarson in 5 bis 10 Tabletten täglich. Von sonstigen innerlich anzuwendenden Mitteln empfiehlt Jacobi das Methylenblau. Er gibt, täglich um 0,1 steigend, bis 0,2 bis 0,3 und hat davon gute Erfolge gesehen; namentlich glaubt er, dem Methylenblau die Verhütung von Rezidiven nach Operationen zuschreiben zu können. Auch Jodkali wird von manchen Autoren gegeben. Michailow sah gute Erfolge nach seiner Anwendung in folgender Form: Täglich abends nach einem Reinigungsklistier werden 4 g Jodkali + 2 g Natrium bicarbonicum mit 80 bis 100 Wasser als Klysma gegeben. Namentlich bei Carcinomen des Intestinaltraktus sah er mit dieser Methode gute Erfolge. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Prof. Dr. **Stoeltzner** (Halle a. S.): **Ueber Larosan, einen einfachen Ersatz der Eiweißmilch.** (Münch. med. Wochenschr., 1913, No. 6.)

Verf. sah sich aus äußeren Gründen genötigt, nach einem Ersatz für die Eiweißmilch zu suchen. Das wesentliche Merkmal der Eiweißmilch ist der sehr hohe Gehalt an Eiweiß und an Kalk. St. kam deshalb auf den Gedanken, ob man nicht durch Hinzufügen von Kasein-Calcium die mit der gleichen Menge Wasser verdünnte Kuhmilch in dem gewünschten Maße mit Eiweiß und mit Kalk anreichern könnte. Fügt man zu einer Mischung aus gleichen Teilen Milch und Wasser 2 pCt. Kasein-Calcium hinzu, so enthält die Mischung im Liter: Eiweiß 34,5 g, Fett 17,5 g, Zucker 22,5 g, P_2O_5 1,22 g, CaO 1,36 g, ist also der Eiweißmilch ihrer Zusammensetzung nach sehr ähnlich. Verf. versuchte zunächst Kasein-Calcium aus Magermilch selbst herzustellen, es gelang ihm aber nicht, Kasein-Calcium daraus in einer brauchbaren trockenen Form zu gewinnen. Er veranlaßte dann die Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. in Grenzach, Kasein-Calcium mit einem CaO-Gehalt von 2,5 pCt. in Pulverform herzustellen, und es gelang der Firma schließlich nach einer Reihe von Versuchen, ein feinkörniges und gut lösliches Kasein-Calciumpulver darzustellen. Es ist von weißer Farbe und löst sich in heißer Milch gut auf. Das Präparat hat die Handelsbezeichnung **„Larosan"** erhalten. Die Larosanmilch wird folgendermaßen zubereitet: 20 g Larosan werden mit ungefähr dem dritten Teile eines halben Liters frischer Milch kalt angerührt; die beiden anderen Drittel des halben Liters Milch werden inzwischen zum Kochen gebracht. Dann wird beides zusammengegossen und das ganze unter ständigem Rühren 5—10 Minuten lang gekocht. Zum Schluß wird durch ein Haarsieb geseiht und mit der gleichen Menge Verdünnungsflüssigkeit gemischt. Die Verdünnungsflüssigkeit besteht je nach der Lage des Falles aus abgekochtem Wasser oder aus Schleim oder Mehlabkochungen. Zucker wird in den ersten Tagen nicht zugesetzt. Erst wenn die Entleerungen fester geworden sind, wird der Verdünnungsflüssigkeit vorsichtig steigend 1—5 pCt. Zucker zugesetzt. Am besten bewährten sich maltosehaltige Präparate, besonders Soxhlets Nährzucker; Milchzucker verwendet Verf. nicht. — Die Prüfung des Larosans geschah an 76 ernährungsgestörten Säuglingen. Nur in toxischen Fällen wurde die Behandlung durch eine 12—24 Stunden dauernde Wasserdiät eingeleitet. Die Zwischenzeit zwischen den einzelnen Mahlzeiten betrug mindestens 3 Stunden. Angefangen wurde mit 20 g Larosanmilch pro Mahlzeit; daneben wurde reichlich abgekochtes Wasser oder dünner Fencheltee ohne Zucker verabreicht; es wurde dann meist schnell zu kalorisch ausreichenden Mengen Eiweißmilch angestiegen. Was die Erfolge anlangt, so leistete die Larosanmilch mindestens dasselbe wie die Eiweißmilch. Die Wirkung ist einerseits eine antidyspeptische, die in der Bildung von Seifenstühlen ihren Ausdruck findet, andererseits bewirkt die Larosanmilch eine schnelle Hebung der Toleranz gegen Kuhmilch. Diese Wirkung zeigte sich sehr deutlich bei Kindern mit schwerem Milchnährschaden, die zur Zeit keine dyspeptischen Stühle entleeren; hier pflegte fast sofort nach Einleitung der Ernährung mit Larosanmilch das Körpergewicht anzusteigen. Einen Vorzug hat die Larosanmilch nach Verf. vor der Eiweißmilch: Die bei letzterer so häufig vorübergehende Verschlechterung des Befindens der Kinder in den ersten Tagen der Behandlung fällt bei der Larosanmilch fort. Ferner ist die Larosanmilch billiger als die Eiweißmilch. Auch ist der Geschmack sowie das Aussehen besser. R. L.

Dr. **Marie Else Schubert: Cymarin, ein neues Herz- und Gefäßmittel.** Aus dem Pharmakologischen Universitäts-Institut in Jena und der Inneren Abteilung des Magdeburger Krankenhauses Sudenburg. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verfasserin hat mit dem Cymarin, einem aus dem Fluidextrakt von Apocynum cannab. ind. hergestellten kristallinischen Stoff, eingehende Versuche bei Tieren und Menschen vorgenommen. Das Cymarin wurde fast ausschließlich in Form der intramuskulären und intravenösen Injektion in Anwendung gebracht. Nach den dabei erlangten Erfahrungen steht das Mittel zwischen dem Coffein und den Digitaliskörpern, mit besonderer Annäherung an diese letzteren. Das Cymarin ist in seiner Herzwirkung dem Digitalis sehr ähnlich. Bei der Gefäßwirkung ist keine so scharfe Unterscheidung möglich, weil die in Betracht kommenden Gefäßveränderungen sich sowohl beim Coffein wie auch beim Digitalis finden, wenn sie auch auf verschiedenem Wege hervorgerufen werden. Ueber die Versuche beim Menschen sagt Verfasserin, daß kleine Gaben am gleichen oder am folgenden Tage, je nach Art der Applikation, eine erhebliche Steigerung der Urinmenge hervorbringen. Bei größeren und den größten bisher versuchten Dosen von 1,2 mg trat ebenfalls eine Steigerung der Urinmenge auf, die aber nicht proportional mit der Menge der einverleibten Substanz wächst. Beim Menschen würde die diuretische Wirkung infolgedessen ihr Optimum in kleinen Dosen von 0,2—0,3 mg intravenös pro die erreichen. Dem Theobromin natr. sal. hält Cymarin die Wage. Es wurden Patienten hintereinander mit Diuretin und Cymarin behandelt mit dem Resultat, daß die tägliche Urinmenge nach Cymaringabe die Diuretindiurese um ungefähr 150 ccm übertraf. Besonders wird hervorgehoben, daß Cymarin zuweilen noch da wirkungsfähig ist, wo Digitalis, Coffein und Diuretin keine Aenderung im Kreislauf hervorrufen konnten. Bezüglich der Herzwirkung beim Menschen wurde nach kleinen Dosen von 0,2 mg noch nichts bemerkt; erst nach Darreichung von 0,3 bis 0,4 mg trat eine solche in Erscheinung. Der Puls wird dann voller, langsamer, kräftiger und regelmäßiger. Dementsprechend macht sich die bessere Blutverteilung äußerlich bald sichtbar in der Abnahme der meist sehr starken Cyanose und in dem Aufhören der Atemnot. Die Patienten erholen sich, wenn sie überhaupt noch auf das Mittel reagieren, recht schnell. Diese schnellere Wirkung tritt freilich nur bei intravenöser Einverleibung ein. Empfohlen wird besonders die intravenöse, allenfalls auch die intramuskuläre Darreichung; wo diese nicht angängig ist, kommt nur die stomachale in Frage.

Es wurde festgestellt, daß das Cymarin neben einer sicher vorhandenen Wirkung auf das Herz, die bei mittlerer Dosis meist etwas geringer ist als bei Digitalis, auch einen bedeutenden Einfluß auf die Nierenfunktionen ausübte. Gegenüber der stärkeren Wirkung der Digitalis hat das Cymarin den Vorzug, daß es im allgemeinen besser vertragen wird, daß seine Dosierung genauer ist und daß man dementsprechend die Wirkung besser abschätzen kann. Wenn das Cymarin auch nicht die Digitalis verdrängen wird, so wird es sich doch sicher eine Stelle neben ihr erobern. G.

San.-Rat Dr. **A. Leibholz** (Berlin): **Erfahrungen mit Elarson.** (Therapie der Gegenwart, 1913, No. 3.)

Verf. hat besonders in drei Fällen von schwerer Anämie, welche allen möglichen anderen therapeutischen Mitteln widerstanden, mit dem Elarson einen so eklatanten Erfolg gehabt, wie er ihn bei anderen Arsenpräparaten kaum gesehen hat. In allen Fällen wurde es gern genommen und gut vertragen. Es wurden im allgemeinen je 10 Tage lang erst 6, dann 8 und

zuletzt 10 Tabletten dargereicht. Das Aussehen der Patientinnen besserte sich in ganz auffälliger Weise und die frühere Leistungsfähigkeit und Spannkraft war bald wieder hergestellt. In der Regel waren die Patientinnen nach Gebrauch von 2—3 Gläschen der Tabletten wieder hergestellt. Der Gesamteindruck der Beobachtungen des Verfassers ist der, daß in dem Elarson eine sehr willkommene Bereicherung des Arzneischatzes gewonnen ist. B.

F. **Johannessohn** (Berlin-Oberschöneweide): **Klinischer Beitrag zur Bewertung von Ureabromin [Bromcalciumharnstoff].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 6.)

Verf. berichtet über einige therapeutische Versuche mit Ureabromin (Bromcalciumharnstoff). Es ist dies ein weißes, kristallinisches, leicht Wasser aufnehmendes Pulver von der chemischen Zusammensetzung $CaBr_2\ 4\ CO(NH_2)_2$, das bei 186° schmilzt und einen Bromgehalt von 36 pCt. besitzt. Das Ureabromin erwies sich als Sedativum in der Dosis 1—2 g (meist 3 mal tägl. 1 g) zunächst zur Bekämpfung epileptiformer Krämpfe als sehr brauchbar, wie drei von Verf. mitgeteilte Fälle beweisen. Ferner wirkte es beruhigend bei Erregungszuständen, besonders solchen Fällen, wo es sich um rein nervöse Eregungszustände des Herzens handelte; ferner bei solchen nach abgelaufenen Herzkrankheiten (Endokarditis). Auch auf Ueberleitungsstörungen am Herzen wirkt Ureabromin günstig. Endlich ist Ureabromin bei Neurasthenie und Hysterie zur Bekämpfung der nervösen Symptome indiziert. Namentlich bei nervöser Schlaflosigkeit leistete Ureabromin in einigen Fällen sehr gute Dienste. Auch hysterische Krampfanfälle wurden durch Ureabromin zum Verschwinden gebracht.

Dr. **Schuster** (Chemnitz): **Ueber Melubrin.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit dem neuen Antipyrinderivat Melubrin. Die Hauptindikation des Mittels sind die akuten und subakuten rheumatischen Arthritiden. Je nach Alter und Konstitution gab Verf. Tagesdosen von 3—8 g, die ohne nennenswerte störende Begleiterscheinungen durchweg gut vertragen wurden. Die medikamentöse Behandlung wurde durch strenge Bettruhe und physikalische Behandlungsmethoden unterstützt. Bezüglich der fieberherabsetzenden Wirkung, der Beseitigung der Gelenkschmerzen und der Abnahme der Schwellungen der befallenen Gelenke, die mit oder unmittelbar nach der Entfieberung eintrat, versagte das Mittel niemals. Rezidive kamen manchmal, aber erst nach Aussetzen des Mittels, zur Beobachtung. Sie verliefen schneller und milder als sonst bei anderen Antipyretica. Auch nichtrheumatische (postanginöse, gonorrhoische) Arthritiden wurden günstig beeinflußt. Auffallend war die bei einem Teil der mit Melubrin behandelten Kranken beobachtete Abnahme des Körpergewichts. Auch bei einigen anderen febrilen Erkrankungen wurde durch Melubrin nicht nur eine prompte Herabsetzung des Fiebers, sondern auch eine teils vorübergehende, teils dauernde Beseitigung einiger durch die fieberhafte Reaktion des Organismus bedingten Nebenerscheinungen erzielt. Bei der Lungentuberkulose bewährte sich Melubrin als Antipyreticum nur im ersten Stadium; es trat da eine allmähliche Entfieberung ein, die durch Bettruhe und in einigen hartnäckigen Fällen durch Einleitung einer Tuberkulinkur unterstützt wurde. Im zweiten Stadium war der Erfolg meist sehr zweifelhaft; im dritten Stadium versagte Melubrin vollständig. — Bei chronischen rheumatischen und gonorrhoischen Arthritiden war in manchen Fällen eine vorübergehende Abnahme der Schmerzen nach Melubrin bemerkbar, ohne daß irgendeine Besserung der Krankheit selbst oder Beeinflussung des Fiebers zu verzeichnen war. — Bei Pertussis versuchte Verf. ebenfalls das Melubrin in 4 Fällen, bei Kindern von ½—4 Jahren in entsprechender Dosis. Es wurde gut vertragen, die Dauer der einzelnen Stickhustenanfälle nahm ab; eine völlige Heilung gelang bisher nicht. — Nachteilige Einwirkungen auf die Nieren wurden bei Melubrin nicht beobachtet; es verursacht ferner keine Blutdruckschwankungen und kann daher auch bei schwacher Herztätigkeit verwendet werden. Die Nylandersche und Trommersche Probe war fast durchweg deutlich positiv, die Gärungsprobe dagegen stets negativ. Diese reduzierende Eigenschaft des Urins nach Melubrin ist auf die Ausscheidung des Mittels als gepaarte, zum Teil auch auf Ausscheidung freier Glykuronsäure zurückzuführen. Nur in wenigen Fällen traten Uebelkeit, Erbrechen und Durchfälle nach Melubrin auf. Manchmal wurde über profuse Schweiße geklagt.

Dr. **Sigismund Wachtel** (Krakau): **Zur Frage der Benzoltherapie der Leukämie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 7.)

Das Benzol wurde vor einiger Zeit von Korányi zur Behandlung der Leukämie empfohlen. Der Ausgangspunkt dieser Therapie war eine Beobachtung von Selling, wonach zwei an akuter Benzolvergiftung gestorbene Frauen eine bedeutende Verminderung der Zahl der weißen Blutkörperchen (neben einer schweren Blutarmut) aufwiesen. Korányi gab Benzol in einigen Fällen von myeloider Leukämie während mehrerer Wochen in ziemlich großen Dosen (bis 8 g täglich). In diesen Fällen nahm die Zahl der weißen Blutkörperchen nach 6 Wochen dauernder Behandlung wesentlich ab, zum Teil wurde sie normal; die für das leukämische Blut charakteristischen Myelocyten nahmen zwar prozentualiter ab, doch verschwanden sie nicht gänzlich. Die Milz wurde kleiner. Verf. selbst berichtet aus der Krakauer medizinischen Universitäts-Klinik über zwei mit Benzol behandelte Fälle von Leukämie. In einem Falle, einer schweren myeloiden Leukämie, mußte die Benzoltherapie nach 3 Tagen abgebrochen werden, da im Urin sich Eiweiß (etwa 0,25 Prom.) zeigte. Der andere Fall dagegen wurde 6 Wochen lang erfolgreich mit Benzol behandelt. Es handelte sich um eine 38 jährige Frau, die bei Beginn der Behandlung 3 695 000 Erythrocyten und 182 000 Leukocyten pro Kubikmillimeter aufwies, Hämoglobingehalt 67 pCt. Arseninjektionen hatten keinen Erfolg. Es wurde nun der Kranken Benzol in der Dosis von 3 g täglich verabreicht. In den ersten Tagen der Benzolbehandlung klagte die Patientin über unangenehmes Aufstoßen, sonst keine Beschwerden. Nach 6 Wochen war die Leukocytenzahl auf 13 000 gesunken. 4 Wochen nach Aussetzen des Benzols war der Befund folgender: Erythrocyten 4 200 000, Hämoglob. 78 pCt., weiße Blutkörperchen 8000. Unter den weißen Blutkörperchen waren: Lymphocyten 12 pCt., Uebergangszellen 4 pCt., neutrophile 80 pCt., eosinophile 2 pCt., neutrophile Myelocyten 2 pCt. Die Patientin fühlte sich gesund. Die Milz, die früher dreifingerbreit die Mittellinie überragt hatte, ist bedeutend verkleinert, aber noch unter dem linken Rippenbogen tastbar. Es ist also jedenfalls eine weitgehende Besserung eingetreten. Weiteres läßt sich bei der Kürze der Beobachtungszeit vorläufig nicht sagen.

Frauenarzt Dr. **E. Keibel** (Berlin): **Erfahrungen mit dem Erystypticum „Roche".** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 6.)

Das von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. in den Handel gebrachte Erystypticum „Roche" ist eine Kombination des Secacornin „Roche" mit Hydrastisextrakt und Hydrastinin. syntheticum. 1 ccm Erystypticum entspricht 0,008 g Hydrastininum hydrochloricum, 0,006 g Hydrastisalkaloide und 0,8 g Extr. fluid. Secal. cornut. Es übertrifft in bezug auf Gehalt an wirksamen Substanzen das Hydrastisextrakt der Pharmakopöe. Verf. prüfte das Erystypticum „Roche" bei Gebärmutterblutungen verschiedener Aetiologie, bei Blutungen auf entzündlicher Basis, bei Blutungen nach Aborten und bei solchen im Klimakterium. Er gab gewöhnlich 3 mal täglich 20 Tropfen in Zuckerwasser, selten 30 Tropfen pro dosi. Neuerdings kommt übrigens das Mittel auch in fester Form als „Erystypticum fest" in den Handel. In den meisten Fällen wurde der beabsichtigte therapeutische Effekt erreicht; die Blutungen sistierten entweder vollständig oder ließen in ihrer Intensität erheblich nach. Nur ganz ausnahmsweise versagte das Mittel. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. R. L.

Dr. **B. I. Wiljamowski** (St. Petersburg): **Die therapeutische Bedeutung des Ovaradentriferrins.** (Praktitscheski Wratsch, 1912, No. 47.)

Das Ovaradentriferrin wurde mit günstigem Erfolge bei Chlorose, Amenorrhoe und Dysmenorrhoe verwandt. Ferner bewährte es sich gegen die verschiedensten Beschwerden des Klimakteriums. Es beseitigte hierbei nicht nur Blutandrang und Herzklopfen, sondern auch hartnäckige Obstipationen, sowie die häufig auftretenden Schweißausbrüche. Die Wirkung bei Chlorose zeigte sich selbst da, wo der Erfolg einer Arsen- und Eisenkur nur mäßig und von vorübergehender Dauer gewesen war. Vor allen Dingen ließen die Schmerzen während der Menstruation prompt nach. Bei Amenorrhoe traten schon nach kurzer Zeit die Menses wieder auf. Auch sonstige Begleitsymptome wurden gebessert; so setzten z. B. Schwindelanfälle nach Gebrauch des Ovaradentriferrins sehr bald aus.

Bei einer Patientin mit Chlorose, Amenorrhoe und Struma, bei der nach der zweiten Ovaradentriferrinkur von 3 Wochen die Menses wieder erschienen, wurde gleichzeitig ein Kleinerwerden des Kropfes beobachtet. —l.

Dr. **Rohardt: Ueber Guajakose.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 8.)

Das Präparat wurde in der Walderholungsstätte Schönholz ca. 5 Monate hindurch systematisch angewendet. Es wurde nicht nur Frauen und jungen Mädchen, sondern auch Kindern bis zum Alter von 2 Jahren herab gegeben. Im allgemeinen handelt es sich um Kinder, welche wegen chronischer Katarrhe der Luftwege, besonders aber wegen skrofulöser Erscheinungen, der Erholungsstätte zum längeren stationären Aufenthalt überwiesen waren. Es wurde ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet, ob die Guajakose unschädlich ist, ob sie die Verdauungsorgane irgendwie beeinflußt, ob sie gern genommen wird, ob Appetit, Körperkräfte, Gewicht und physisches Wohlbefinden durch die Darreichung des Präparates gefördert werden. Der zarte Organismus des Kindes erscheint für die Beantwortung dieser Fragen als der feinste Gradmesser. Es

wurde bei den kleinen Patienten, die ja besonders leicht nicht sehr gut schmeckende Präparate refüsieren, nicht ein einziges Mal die Guajakose zurückgewiesen. Die Medikation in Form einer Auflösung des guajakol-sulfonsauren Calciums in konzentrierter flüssiger Somatose ist als eine äußerst glückliche und erfolgverheißende anzusprechen. Zusehends hoben sich durchweg der Appetit, die Körperkräfte und das Gewicht. Ungünstige Nebenwirkungen auf den Darm wurden in keinem Falle beobachtet. In einer Reihe von Fällen von Bronchialkatarrh schien die Guajakose auch von günstiger Wirkung auf den Hustenreiz und Auswurf zu sein. Von besonders gutem Einfluß ist die Darreichung der Guajakose auf die skrofulösen Erkrankungen der Kinder. —r.

Dr. med. v. **Oy**, Sekundärarzt d. Städt. Krankenanstalten in Elberfeld: **Klinische Erfahrungen mit Codeonal.** (Medizinische Klinik, 1912, No. 49.)

Die hypnotische und sedative Wirkung des Codeonals wurde an ungefähr 90 Kranken beobachtet. Das Mittel wirkte nach ½—1 Stunde und brachte einen Schlaf von 5—6 Stunden. Bei Schlaflosigkeit der alten Leute, bei neurasthenischen Personen, bei Agrypnie infolge von Ueberarbeitung oder Alkoholabusus wurde bei Verabreichung von 1—3 Tabletten kaum ein Mißerfolg bemerkt. Ein besonders guter Effekt ließ sich da erkennen, wo Atembeschwerden das vorherrschende Symptom waren, so bei Bronchitis, Pleuritis und Tuberkulose mit nicht zu starkem Hustenreiz. Auch bei Herzkranken mit Angstgefühl, nächtlicher Atemnot usw. taten 1—2 Tabletten gute Dienste. Selbst Schmerzen geringeren Grades wurden durch das Codeonal beseitigt. Als Sedativum hatte das Präparat nur in leichteren Fällen Wirkung.

Unerwünschte Nebenwirkungen traten nach Verordnung des Mittels so gut wie nicht ein. Magenverstimmungen oder eine Verschlechterung des Appetits waren nicht zu beobachten. Respirations- und Zirkulationsapparat blieben unbeeinflußt, ebenso fand keine Veränderung der Temperatur und des Blutdruckes statt. Eine Angewöhnung an das Mittel konnte nicht beobachtet werden. Nach Ansicht des Verfassers bildet Codeonal ein angenehmes, ungefährliches Hypnoticum, welches namentlich bei alten Leuten und heruntergekommenen Kranken durchaus Gutes leistet. —l.

Dr. **Erich Hartung** (Bernburg): **Ueber die Wirkung des Luminals.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 7.)

Verf. prüfte das Luminal in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Bernburg hinsichtlich seiner Verwendbarkeit als Beruhigungs- und Schlafmittel bei Geisteskranken. Er gab das Luminal immer als Pulver per os; zur Verbesserung des Geschmacks wurde zu jeder Dosis 0,5 g Sacchar. lactis hinzugefügt. Das Mittel wurde immer abends, kurz nach dem Essen, gegeben; Magenstörungen wurden darnach niemals beobachtet. Die Wirkung des Luminals trat dann 2½—3 Stunden später ein und hielt bei den für Luminal geeigneten Fällen etwa 8 Stunden vor. In einer Reihe von Fällen hielt die Wirkung noch den ganzen nächsten Tag an, insofern, als sich die Kranken auch am Tage ruhiger verhielten als sonst. — Die Dosis für Männer beträgt etwa das 1½ fache der für Frauen. Bei einfacher Schlaflosigkeit genügt nach Verf. für Männer und Frauen eine Dosis von 0,1 g, während man bei stärkerer Schlaflosigkeit auf 0,2—0,3 g steigen muß. Luminal wirkt nach Verf. 2½—3 mal stärker als Veronal. Bei den Erregungszuständen der Manischen und Schizophrenen empfiehlt es sich nach Verf., mit Dosen von 0,5—0,7 g zu beginnen und dann, sobald die Wirkung erreicht ist, wieder auf 0,3 g und weiter abwärts herunterzugehen. In mehreren Fällen von Hysterie und in einem Falle von Epilepsie bewährte sich das Luminal ebenfalls, und zwar bei den Hysterischen in der Dosis 0,1—0,2 g, bei der Epilepsie in der Dosis 0,3 g. R. L.

Dr. **Treitel: Ueber Ristin, ein Krätzemittel.** (Therapie der Gegenwart, 1913, No. 2.)

Im Anschluß an die Arbeiten von Neuberger, Tollens und Fischer über Ristin teilt Verf. seine persönlichen Erfahrungen mit. Das Mittel wurde in dem von Verf. zusammen mit Dr. Bab geleiteten dermato-urologischen Institut in mehr als 20 Fällen von Skabies angewandt und hat in jeder Beziehung zufriedengestellt. Es wurden an drei aufeinanderfolgenden Tagen je 50 g mit der bloßen Hand eingerieben. Der Juckreiz ließ in allen Fällen nach der ersten Einreibung bereits nach und verschwand nach der zweiten und dritten vollständig. Verf. macht besonders darauf aufmerksam, daß das Ristin seitens eines Leidensgenossen oder Masseurs solange mit der bloßen Hand in die Haut eingerieben werden soll, bis dieselbe fast trocken ist. Alle mit Ristin behandelten Kranken wurden geheilt. Verf. lobt insbesondere die absolute Geruchlosigkeit des Präparates im Gegensatz zu der Wilkinson schen Salbe, dem Styrax und dem Perubalsam, deren Geruch von den Patienten als lästig empfunden wird und ihnen Unannehmlichkeiten bei der Ausübung ihres Berufs bereitet. Ferner ist das Ristin völlig farblos, so daß jede Beschmutzung von Haut und Wäsche fortfällt. Der relativ hohe Preis des Präparates wird durch seine vorteilhaften physikalischen Eigenschaften aufgewogen, noch mehr aber, wenn man dabei die Beschmutzung der Wäschestücke nach dem Gebrauch von Styrax, Perubalsam und Schwefelsalbe berücksichtigt, aus denen trotz intensivster Reinigung die charakteristischen Flecke nicht zu entfernen sind. Verf. hebt insbesondere hervor, daß die Krankenanstalten in der Lage sind, das Ristin purum käuflich zu erwerben und sich die Mischung nach folgendem Rezept selbst herzustellen:

Rp. Ristin purum . . 50
Spiritus 125
Glyzerin . . . 25

Die Vorteile des neuen Mittels haben in einem Krankenhause in München dazu geführt, daß neuerdings eine größere Anzahl Skabieskranker als früher aufgenommen werden konnte, da nicht mehr notwendig war, eine Spezialabteilung für Skabies zu behalten; die Kranken konnten vielmehr auf alle freien Betten in allen Abteilungen verteilt werden. G.

Physikalische Therapie.

Sanitätsrat Dr. **O. Rosenthal** (Berlin): **Die Massage der Hautkrankheiten.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 27.)

Bei der Behandlung von Dermatosen hat die Massage die ihr gebührende Anerkennung noch nicht gefunden, obwohl sie den übrigen physikalischen Behandlungsmethoden als vollwertig an die Seite zu stellen ist. Zwar ist sie nur selten an sich ein Heilmittel, in der größten Anzahl der Fälle aber ein nicht hoch genug zu schätzendes Unterstützungsmittel für alle therapeutischen Maßnahmen. Sie übt ihren Einfluß auf alle anatomischen Bestandteile und auf die physiologischen Funktionen der Haut aus. Speziell wirkt sie keratoplastisch und begünstigt die Wiederbildung des elastischen Gewebes. Sie ist indiziert bei allen Affektionen, die mit einer Hypertrophie des Kollagens im weitesten Sinne verbunden sind. Sie reguliert das Blut- und Lymphgefäßsystem und übt einen Einfluß auf die nervösen Elemente der Haut aus. Sie wirkt bei den Affektionen, besonders bei Hypertrophien der Talgdrüsen. So hebt sie den Tonus und den Stoffwechsel und beeinflußt die trophischen Vorgänge, speziell die Hypertrophie des Fettpolsters; sogar bei bakteriellen Affektionen dient sie mitunter als Unterstützungsmittel. Bei der Kosmetik übertrifft die Handmassage, mit gelegentlicher Ausnahme des Vibrators, alle für diesen Zweck angegebenen Instrumente. Multiple parallele Skarifikationen in allen Richtungen unterstützen bei einigen Dermatosen die Massage.

Was die technische Ausführung der Massage anbetrifft, so kommen hauptsächlich streichende, reibende, rotierende und knetende Bewegungen in Betracht, Schlagungen und Klatschungen dagegen nur sehr selten. Welche dieser Formen in Anwendung zu ziehen ist, hängt natürlich von der Natur des vorliegenden Prozesses und der beabsichtigten Wirkung ab.

Zum Schutze der Haut sind von den Autoren die verschiedensten Fette angegeben und bevorzugt worden. Zabludowski verwendet weiße Vaseline mit Wasserzusatz, Kirchberg empfiehlt in neuerer Zeit Lenicetvaseline; sonst wurden verwendet flüssiges Paraffin, Boroglyzerin-Lanolin, flüssiges Vasenol usw. Man kann sehr häufig, z. B. bei der Akne und anderen Affektionen, ohne irgend ein Fett auskommen, was Verf. am liebsten tut. Sonst bevorzugt er gelbe Vaseline oder, wo angängig, so z. B. bei kosmetischen Manipulationen, eine Mischung von Wismut, Zinkvaseline oder ein Goldcreme, wie Eucerin-Goldcreme. Zusätze von Borsäure hält Verf. nicht für geeignet; denn man beobachtet dabei infolge technisch mangelhafter Massage, sowie durch den Gebrauch unzweckmäßiger Fette Dermatitis, Ekzeme und nicht selten Furunkulose. Kr.

Dr. **Aurelius Réthi** (Königsberg i. Pr.): **Die elektrolytische Behandlung der Trigeminusneuralgien.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 6.)

In der Behandlung der Trigeminusneuralgien spielen neuerdings die perineuralen Alkoholinjektionen eine große Rolle; sie beseitigen in der Mehrzahl der Fälle für längere Zeit die Beschwerden, lassen aber doch zuweilen im Stich. Für derartige Fälle empfiehlt Verf. eine elektrolytische Behandlung, die er in einigen Fällen mit Erfolg geübt hat. Er ließ sich zu diesem Zwecke (durch die Firma Reiniger, Gebbert & Schall) eine gerade, nähnadeldicke Nadel anfertigen; ihr ¾—1 cm langes Ende ist frei; der übrige Teil ist mit einer dünnen Schicht Isoliermaterial überzogen. Die Technik der Behandlung ist folgende: Eine halbe Stunde vor der Elektrolyse erhält der Kranke 0,01 Morphin. Nach einer Viertelstunde wird die betreffende Hautpartie mit Aether und Jodtinktur desinfiziert, dann zieht man in die Pravazspritze 1 ccm Eusemin auf und sticht die Nadel der Spritze an der dem Nervenkanal entsprechenden Stelle in Richtung des Kanalverlaufs ein; in den Kanal wird ½ ccm der Lösung eingespritzt; die andere Hälfte spritzt man, während die Nadel zurückgezogen wird, in das subkutane Gewebe. Den betreffenden Kanal zu treffen, ist nicht schwer. Es kommen in Betracht der supraorbitale Kanal resp. Rinne, ferner das Foramen infraorbitale und das Foramen

mentale. Nach weiteren 15 Minuten wird die elektrolytische, mit der Kathode verbundene Nadel in den Kanal eingeführt; die breite, angefeuchtete, indifferente Elektrode kommt auf die entsprechende Gesichtshälfte. Jetzt wird der Strom hindurchgeschickt, und zwar steigt man von 0 anfangend sehr langsam auf 20—25—30 Milliampère. Die Sitzung dauert 15—16 Minuten. Der Strom wird dann allmählich vermindert und nach langsamem Herausschleichen geöffnet. Verf. benutzt den für elektrolytische Epilation von Kromayer angegebenen Schalter, welcher an der Kleidung des Patienten leicht befestigt werden kann; die indifferente Elektrode kann von einem Gehilfen gehalten werden. Verf. hat das Verfahren bisher in 3 Fällen mit Erfolg angewendet, und zwar bei einer Infraorbitalneuralgie und 2 mal bei Supraorbitalneuralgie. R. L.

Chirurgische Therapie und Technik (einschl. Zahnheilkunde).

Dr. **Burmeister** (Concepcion): **Bolus alba im Handschuh.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1913, No. 5.)

Zur Erleichterung beim Gebrauche der Gummihandschuhe macht B. folgenden Vorschlag: Nach Sterilisation der Handschuhe und Händedesinfektion werden 1—2 Eßlöffel sterilen Boluspulvers mit sterilem Wasser über beide Hände verrieben, so daß sie einen dickflüssigen Ueberzug von Boluspaste erhalten. Das Ueberstreifen der Handschuhe soll nun spielend leicht gelingen; die Handschuhe sollen glatt, ohne Luft- und Wasserblasen anliegen, das Operieren bedeutend angenehmer sein. Auch das Ausziehen geht leichter vonstatten, und das Reißen der Handschuhe hat B. nur noch selten, bei neuen Handschuhen nie erlebt. Ein weiterer Vorzug der Methode ist die Schonung der Hände; die Haut wird unter dem Bolusüberzug nicht so stark mazeriert wie ohne ihn. M.

Dr. **Carl Deutschländer** (Hamburg): **Gelenkanästhesie.** (Zentralblatt f. Chirurgie, 1913, No. 11.)

Für die schmerzlose Ausführung von Gelenkoperationen unter rein örtlicher Betäubung ist neben den bekannten Methoden der Infiltrationsanästhesie, der Anästhesie durch Unterbrechung der Nervenleitung und der Bierschen Venenanästhesie in der letzten Zeit wiederholt die direkte Einspritzung von schmerzbetäubenden Lösungen in die Gelenkhöhle empfohlen worden. Braun, Lerda und Quénu berichten über gute Resultate hiermit, besonders bei der Einrichtung von Verrenkungen und Brüchen. Soweit es sich um kurzdauernde Eingriffe handelt, wie um Einrichtung von Gelenkbrüchen und Verrenkungen, kann D. die günstigen Erfahrungen Brauns durchaus bestätigen. Dagegen hat er keine praktisch brauchbare Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit mit der bloßen Einspritzung von anästhesierenden Lösungen ins Gelenk erzielen können, sobald längerdauernde Eingriffe in Betracht kamen. Als Ursache der ungenügenden Wirkung der direkten Gelenkeinspritzung nahm Verf. an, daß die anästhesierende Lösung zu rasch von der Synovialis resorbiert würde, so daß sie in dem betreffenden Gelenkgebiete nicht genügend lange ihre Wirksamkeit entfalten konnte. Aus dieser Erwägung heraus suchte er zunächst die Resorption durch Anlegen einer Stauungsbinde zu verlangsamen. Aber auch mit diesem Hilfsmittel gelang es nicht, eine praktisch verwertbare Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit zu erzielen; im Gegenteil, er hatte sogar den Eindruck, als ob die Schmerzempfindlichkeit im hyperämischen Gelenk wesentlich erhöht sei. Als Erklärung hierfür nahm D. an, daß die eingespritzte Novocain-Suprareninlösung durch die chemisch wirksamen Kräfte des Blutes zu rasch zersetzt und somit ihrer anästhesierenden Wirkung beraubt würde. Um die direkte Gelenkeinspritzung wirksam zu machen, mußte also nicht nur die Resorption der Lösung verlangsamt, sondern auch der zerstörende Einfluß des Blutes möglichst ausgeschaltet werden. Hieraus ergab sich als natürliche Folge die Anwendung desjenigen Hilfsmittels, das auch die Vorbedingung der Bierschen Venenanästhesie und der Oberstschen Infiltrationsanästhesie ist, nämlich der Blutleere. Mit Einführung der Blutleere wurden die Ergebnisse der direkten Einspritzung von anästhesierenden Lösungen in das Gelenkinnere mit einem Schlage in jeder Hinsicht befriedigend.

Die günstigen Resultate, welche die direkte Gelenkeinspritzung unter Blutleere bei unblutig orthopädischen Operationen ergab, veranlaßte Verf. bald, das Verfahren auch bei blutigen Eingriffen am Gelenk nachzuprüfen. Da es sich bei dieser Form der Schmerzbetäubung um Resorptionsvorgänge innerhalb der Synovialis handelt, so werden naturgemäß nur die artikulären und paraartikulären Gewebe von der Anästhesie betroffen. Die bedeckende Haut bleibt jedoch schmerzempfindlich und muß sekundär durch Infiltrationsanästhesie unempfindlich gemacht werden. Hat man das Gebiet des Hautschnittes infiltriert und sich so einen schmerzunempfindlichen Zugang zum Gelenk geschaffen, so kann man die ausgedehntesten Gelenkoperationen vollkommen schmerzlos machen.

Was die Technik betrifft, so wird die Blutleere genau nach den Vorschriften gemacht, wie sie für die Biersche Venenanästhesie bestehen. Die Blutleerebinde muß exakt liegen; ungenügende Blutleere bringt Versager. Hierauf folgt die Injektion ins Gelenk. Die Injektion darf nicht in die Synovialis, sondern muß in das Gelenkinnere geschehen, da in diesem ein Depot der anästhesierenden Lösung gelegt werden soll, das sich in alle Buchten und Nischen des Gelenks verteilen muß. Nur so kommt eine Anästhesie des gesamten Gelenkinneren zustande. Um die eingespritzte Lösung im Gelenkinnern gleichmäßig zu verteilen, empfiehlt es sich, nach der Einspritzung leichte Gelenkbewegungen ausführen zu lassen. Zu einer genügenden Durchdringung des Gelenkes mit der Lösung gehören im Durchschnitt 5—10 Minuten. Da selbst unsere größten Gelenke nur einen verhältnismäßig geringen Fassungsraum besitzen, so kommt man mit sehr kleinen Mengen aus. Beim Kniegelenk eines Erwachsenen hat Verf. mit durchschnittlich 15—20 ccm stets die erforderliche Anästhesie erreicht. Was die Konzentration anbetrifft, so verwendet er fast ausschließlich ½ proz. Novocain-Suprareninlösung und nur gelegentlich einmal die 1 proz., durch welche die Wartezeit etwas abgekürzt zu werden scheint. Das Verfahren verlangt keine besondere Vorbereitung; ein einfacher Jodanstrich genügt. Kr.

Prof. **Otto v. Herff: Zur Vorbeugung postoperativer Peritonitis bei verschmutzten Laparotomien.** (Gynäkol. Rundschau, 1913, Heft 1.)

Verf. berichtet über die Anwendung des Kampferöls und des Perhydrols gegen sekundäre Operationsperitonitis. Die Kampferölung mit nur 1 proz. Oel in der Menge von 20 bis 30, höchstens 50 ccm wurde ausschließlich bei unreinen Laparotomien oder solchen, bei denen ein Hohlorgan eröffnet werden mußte, angewandt, zumeist auch in der Absicht, den postoperativen Verlauf zu mildern, was bis zu einem gewissen Grade gelang. Hingegen gelang es nicht, die Peritonitis restlos zum Verschwinden zu bringen. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Spezifisch hochvirulente Keime werden durch die Kampferölung nur wenig oder nicht beeinflußt; Tierexperimente haben geradezu eine dadurch bewirkte Beschleunigung der Infektion erkennen lassen. Perhydrol fand ausschließlich bei starker Eiterung oder Jauchung und regelmäßig nach abdomineller Hysterektomie wegen Uteruscarcinom Anwendung, zuerst konzentriert, dann 1:2 verdünnt. Die Anwendung wird folgendermaßen beschrieben:

Nach Entfernung des Uterus, Ausräumung des Beckens unter Drainage nach der Scheide werden die Peritonealwundränder mit Klemmen fixiert und die Beckenwunde mit etwa 20—30 ccm der H_2O_2-Lösung ausgegossen. Sofort tritt eine mächtige Schaumentwicklung auf, die alles überdeckt. Nach einigen Minuten wird der Schaum so weit entfernt, daß man die Wundränder sehen kann. Sorgfältige peritoneale Ueberdeckung des ganzen Wundgebietes, abermaliges Eingießen von etwa 10 ccm der Lösung, Peritonealnaht, wiederholte Anwendung des Perhydrols auf die Muskel- und Fasciennähte, Schluß der Haut. Der Wundverlauf war in den so behandelten Fällen bezüglich Puls und Temperatur auffallend günstig. Ob das Perhydrol Darmadhäsionen verursacht, soll durch Tierversuche geprüft werden. In einem Falle, der Gelegenheit zur Feststellung bot, fehlten sie.

Dr. **Brubacher** (München): **Das Bleichen der Zähne.** (Deutsche Zahnärztl. Wochenschr., 1912, No. 51.)

Bei der Reinigung der Pulpahöhle eines blaugrau verfärbten, vor längerer Zeit gefüllten Schneidezahnes mit Antiformin wurde zum Auswaschen der Höhle statt Wasser Wasserstoffsuperoxyd (Perhydrol) verwandt, das mit wenig Watte in den Zahn gebracht wurde. Eine stürmische Gasentwicklung war die Folge und wiederholte sich bei nochmaliger alternierender Anwendung von Antiformin und Perhydrol. Der Zahn war hierdurch so weiß, daß er sofort gefüllt werden konnte; der Erfolg war vollkommen und dauernd. Verf. benutzte das Verfahren daraufhin regelmäßig bei verfärbten Zähnen und stets mit dem gleichen Erfolge. Bei der gegenseitigen Einwirkung von Antiformin und Wasserstoffsuperoxyd entstehen Sauerstoff und Chlor. Die Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds scheint durch das Antiformin potenziert zu werden. Die Schleimhaut ist gut vor Verätzung zu schützen. —r.—

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner otologische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. med. Centr.-Ztg.“.)

Sitzung vom 18. April 1913.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Halle** demonstriert das **Präparat eines Hirnabscesses im Schläfenlappen** von ungewöhnlicher Größe. In vivo hatte derselbe als einziges Herdsymptom amnestische Aphasie gemacht. Ferner demonstrierte Vortr. mehrere Patienten mit **unbestimmten Schmerzen am Hals und am Kopf**, die er als Myalgien auffaßt und mit Einspritzungen von Novocain teils mit, teils ohne Erfolg behandelt hat. Er weist darauf hin, daß die

Klimatisch hervorragend begünstigte Winterstation bei Genua.

PEGLI **Grand Hôtel Méditerranée**

I. Ranges mit Prachtpark (14000 Qm.), Centraldampfheizung, elect. Licht. Lift. Eig. Casino m. Terass. u. Liegecabinen a. Meer. Hydroth., Electroth. El. u. Meerwasserbäder. Geschult. Badepersonal. Kurarzt Bes.: Bucher-Durrer.
Ebenso Palace-Hôtel, Mailand, Gd. Hôtel Quirinal, Rom, Gd. Hôtel und Lugano Palace, Lugano, Gd. Hôtel Semiramis, Cairo, Palace-Hôtel, Luzern und die 3 Hôtels auf Bürgenstock.

Ridnaun bei Sterzing **Hotel Sonnklarhof**

Tirol. 1350 m

neu erbaut, elektr. Licht, W. C., gute Verpflegung (viel Gemüse Kompott, Obst), Wald unmittelbar am Hotel, mildes Klima, weil Hochgebirgstal, staubfrei, viel Wasser, Eisenquelle, ebene und steigende Spaziergänge, Aussicht auf Gletscher vom Hotel, Jagdgelegenheit. Der nächste und bequemste Aufstieg zu den Stubaier Hochgipfeln und Unterkunftshütten, sowie Uebergängen Pfersch, Gschnitz, Stubai, Oelztal und Passaier. Post, Telegraph. Volle Pension inkl. Zimmer 6,50 bis 7,— Kr. Prospekte gratis. **St. Haller.**

RIVA am Gardasee **Grand Hôtel Impérial, Pension zur Sonne**

Deutsches Haus. Das einzige mit Garten und Terrasse direkt am See gelegene Hotel in Riva. Durch Neubau bedeutend vergrößert. **Zum Herbst-, Winter- und Frühjahrs-Aufenthalt besonders geeignet.** — Modernster Komfort. — Zivile Preise. — Prospekte vom Besitzer und Leiter: **Traffelini & Rick.**

St. Moritz-Bad **Gd. Hotel Neues Stahlbad**

I. Ranges. Mod. Komfort. Ruhige geschützte Lage. Spez. empfohlen für Nachkuren nach Tarasp, Karlsbad, Franzensbad, Marienbad.

St. Moritz-Dorf **Neues Posthotel**

Neuerbautes behagliches Familienhotel. Moderner Komfort. Diät-Küche. Zentrale sonnige Lage. Sonnen-Terrasse. Zimmer von 4 Fr., Pension von 11 Fr. an. Vor- und Nachsaison ermäßigte Preise. AND. MARUGG

Wiesbaden **Hotel Wiesbadener Hof.**

Moritzstrasse 6.

Tel. Nr. 6565/6566. Telegr. „Wiesbadenerhof„ Haus ersten Ranges. Ruhige zentrale Lage inmitten der Stadt und doch in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes. 100 Zimmer und Salons. Warm und kalt fließendes Wasser, Telefon u. elektr. Licht in allen Zimmern. Erstklassiges Wein- u. Bier-Restaurant. Thermal- u. Süßwasser-Bäder auf allen Etagen. Lift. Auto-Garage. Inhaber: **Xaver Hirster.**

Wiesbaden **„Pension Tomitius"**

Gartenstrasse 16. Telefon 4347. Fremdenpension 1. Ranges — Vornehme **äusserst ruhige** Lage in unmittelbarer Nähe von Kurhaus, Park und Theater — Schattiger Garten — **Jede Diätform.** — Bad — Zentralheizung — Elektrisches Licht. Beste Referenzen. **Zimmer mit Pension von M. 5,00—12,00,** je nach Lage und Jahreszeit. — **Winteraufenthalt bedeutend ermässigt.** Inhaberin: Fräulein **Mathilde Tomitius.**



Dr. med. Reinecke'



GRAVIDIN

(Extr. fuci serrat. fluid)

Empfohlen bei:

Hyperemesis gravidar.

San.-R. Dr. Wolf in G. schrebt: Das von Ihnen gelieferte Gravidin hat mir in einem Falle von Hyperemesis, der schon drei Wochen lang allen Maßnahmen trotzte, vorzügliche Dienste geleistet. Nach nur **zweitägigem** Einnehmen erfolgte völlige und andauernde Heilung.

Dr. med. Bamberger: Das mir seinerzeit gütigst überlassene Gravidin ergab einen glänzenden Erfolg, wie ich ihn nie erwartet hätte.

Zu beziehen durch die Apotheken oder direkt

Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan

Berlin C. 2, nur Spandauerstraße 77.

Dr. Morck's Physiologisches Salz aus Getreide und Salzen

Indikation: **Stoffwechsel-Erkrankungen**

Glas für 3—6 Wochen: Mk. **2,50**

Dr. Morck's alkalische Salz-Tabletten

bewährt bei rheumatischen Erkrankungen und Katarrhen

Röhrchen mit 24 Tabletten M. **1,25**

Kombination beider Präparate bei verschied. Krankheiten von Vorteil

Name gesetzlich geschützt Nr. 126445

Chem. Laboratorium für med. Untersuchungen von Dr. Morck in Wiesbaden, Kirchgasse 78

Zu haben in den Apotheken

Proben auf Verlangen

GEGEN PERTUSSIS
ist Dr. Kopp's
Bromo-Thymin

ärztlich warm empfohlen

Bromsalze 5, Syrup, Thymi comp. 200, Bromoform 0,50. Flasche 1,50 M.

Dr. Ad. Kopp, Straßburg i. Elsaß.

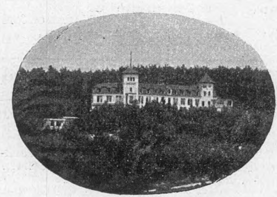
Proben auf Verlangen

Sanatorium Schönbuch

bei Böblingen (Württ.), **500 m ü. M.**

Heilanstalt für Lungenkranke

Leitender Arzt **Dr. Brühl.**



Völlig staubfreie Lage inmitten großen eigenen Parkes, von den ausgedehnten Waldungen des Schönbuchs umgeben. Strengste Hygiene im Bau und Betrieb. Elektr. Licht, Zentralheizung, Aufzug, Röntgenzimmer, vorzügl. Liegehallen und Veranden.

Spezialbehandlung der oberen Luftwege.

Illustrierte Prospekte frei.

Besitzer: Dr. Kraemer, Stuttgart. Dr. Brühl, Sanat. Schönbuch.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W. 30

Die Prostatahypertrophie.

Ihre Pathologie u. Therapie

Für Aerzte und Studierende

dargestellt von

Dr. med. **Wilhelm Karo**, Berlin

Preis M 1,60

Erholungsbedürftige

bleichsüchtige Damen finden liebevolle, sachgemäße Pflege und ärztliche Behandlung in meiner „Villa Marienbrunnen" zu **Bad Elster. Feste** Preise, **keine** Nachrechnung. **Dr. Borsutzky,** Badearzt.

Dr. med. E. Silbermann

praktiziert wieder in

Bad Kudowa

Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut. **Mainz.**



Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)

Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)

Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica

Chloraethyl Dr. Thilo.

Machen Sie einen Versuch mit unseren

Automatischen Standflaschen (s. Abbild.).

Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!

Sterile Subcutan-Injektionen.

Dr. Bresins

Hygienische Tabletten

Bewährtes Antiseptikum für Irrigator-Spülungen

Leicht löslich, angenehm riechend

Literatur: Dr. Bresin, Med Ref. 1911, Nr 24. Röhre mit 20 St. 1 M.

Eubomenth

(Mentholsalbe mit Adrenalin, Chloreton und Hamamelis)

Bestens bewährt b. Rhinitis, Coryza, Heuschnupfen etc.

Literatur: Dr. Meyer, Med. Ref. 1913, Nr. 3. Tube: 75 Pf.

Hersteller: Schäfers Apotheke, Berlin W., Kleiststraße 34

Behandlung der gleichzeitig vorhandenen Nebenhöhlenaffektion auf die Schmerzen ohne Einfluß gewesen sei.

Diskussion:

Die Herren **Schötz** und **Sonntag** sprechen dazu in ablehnendem Sinne.

Tagesordnung:

Die Technik akustischer Versuche mit Polsterpfeifen.

Herr **Wethlo** (a. G.) demonstriert ein von ihm konstruiertes Modell eines Kehlkopfes. Bei demselben werden die Stimmbänder durch zwei Gummiblasen nachgeahmt, die durch einen Gummiball aufgeblasen und bis zur Berührung einander genähert werden können. Zum Anblasen dient ein sehr großer Windkasten, der eine genaue Regulierung des Druckes ermöglicht. Es gelingt mit diesem Apparat, einen Ton von variabler Höhe zu erzielen. Auf die Resultate der Untersuchung, die teils mit den von anderen Forschern unter anderen Bedingungen angestellten Versuchen übereinstimmen, teils von ihnen abweichen, kann hier nicht eingegangen werden.

Herr **Wolff: Zur Pathologie der Otosklerose mit Demonstration am Projektionsapparat.** Zum Referat nicht geeignet.

Max Levy (Charlottenburg).

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **Sprengel** (Braunschweig): **Die Wahl des Narkoticums bei Operationen wegen akut entzündlicher Prozesse in der Bauchhöhle.**

Vortr. geht von dem in den Mitteilungen von Reichel (1900) und Amberger (1909) geschilderten und als postoperative Sepsis gedeuteten Krankheitsbilde aus, bestehend in Ikterus, Unruhe, Schlafsucht, Koma, das meist zum Exitus führt, ausnahmsweise in Heilung ausgeht. Er selbst hat es in einer größeren Reihe von Fällen nach Appendicitisoperationen im akuten Stadium gesehen und hält es nach den Arbeiten von Sippel, Stierlin u. a. für zweifellos, daß die ursprüngliche Deutung des Symptomenkomplexes und seiner anatomischen Unterlage (Verfettung innerer Organe, Herz, Nieren und besonders Leber) unzutreffend war, daß es sich vielmehr um Chloroformspätwirkung handelt.

S. hat, nachdem er zu dieser Erkenntnis gelangt war, bei der Operation entzündlicher Erkrankungen des Abdomens das Chloroform prinzipiell fortgelassen und seitdem (Oktober 1911) keinen einzigen einschlägigen Fall mehr gesehen, während er noch von Februar bis Ende September 1911 nicht weniger als sechs Fälle (davon drei tödlich) beobachtet hatte.

Er hält das Chloroform für diese Krankheitsgruppe für absolut kontraindiziert und empfiehlt statt dessen die zweifellos für diese Fälle ungefährlichere, vielleicht allgemein zu propagierende Morphium-Aethernarkose.

Diskussion:

Herr **Kümmell** (Hamburg) empfiehlt wärmstens die Anwendung der intravenösen Aethernarkose. Er hat bei 200 Fällen nie eine Störung gesehen.

Herr **Finsterer** (Wien) bestätigt die Anschauungen Sprengels. Er wendet bei entzündlichen Bauchaffektionen zur Eröffnung der Bauchhöhle die Lokalanästhesie an. Bei der Eventration wird ein leichter Aetherrausch ausgeführt.

Herr **Petroff** (Petersburg) empfiehlt die intravenöse Hedonalnarkose in allen Fällen, in denen die Allgemeinnarkose gefährlich ist. Er hat sie bis jetzt 100 mal angewandt.

Herr **Meisel** (Konstanz) hat schon im Jahre 1903 auf die Gefahr hingewiesen, die das Chloroform bei allen peritonealen Infektionen hat, und wendet seitdem nur Aether an. Hierauf führt er es zurück, daß er in den letzten 200 Fällen einer akuten Appendicitis keinen operativen Todesfall erlebt hat.

Herr **Stammler** (Hamburg): **Behandlung bösartiger Geschwülste mit dem eigenen Tumorextrakt. Demonstration eines geheilten Falles.**

Demonstration einer 65 jährigen Patientin, bei der ein rezidivierendes Uteruscarcinom mit Metastasen durch Behandlung mit dem eigenen Tumor vollkommen zum Verschwinden gebracht wurde. Der Tumorextrakt wurde aus einer Drüsenmetastase hergestellt und stellt einen sterilen wässerigen Auszug dar, der mit etwas Toluol versetzt wurde. Injiziert wurde, nachdem das Extrakt zwei Tage der Autolyse überlassen war. Vortr. berichtet über seine Erfahrungen mit dieser Methode und erwähnt einige Fälle, bei denen eine deutliche Einwirkung auf den Tumor zu beobachten war. Ein Fall von Schleimkrebs des Netzes ist sehr gebessert. Vortr. erinnert daran, daß schon einige Fälle publiziert sind, wo maligne Tumoren durch Behandlung mit dem eigenen Tumorbrei geheilt wurden.

Wenn er auch dieser Therapie keine allzu große Bedeutung beilegen möchte, so empfiehlt er sie doch in allen Fällen, wo es möglich ist, steriles identisches Tumormaterial zu bekommen, und in Kombination mit anderen Methoden.

Demonstrationsabend.

Herr **A. Fränkel** (Berlin): **Ein Fall von hochsitzendem, freibeweglichem Carcinom der Flexur.**

Auf Grund des Röntgenbefundes hätte der Tumor mit guter Prognose auf abdominalem Wege entfernt werden können; auf Grund der bloßen Digitalexploration resezierte der Chirurg das Kreuzbein infolge von Komplikationen (Patient war Diabetiker). Exitus.

Die Röntgenkinematographie des Magens erlaubt oft Vorhersagen über die Ausdehnung und Beweglichkeit des Tumors und damit über die Operationsprognose. Demonstration von Fällen, darunter eines, in welchem, entfernt von dem Pylorustumor, noch zwei weitere Knotenpunkte (an der Peristaltik nicht teilnehmende Magenregionen) festgestellt waren. Die Palpation, selbst nach der Laparotomie, ergab keine Unterlage für diesen Befund; erst nach der Eröffnung des Magens konnten doch Krebsknoten palpiert werden; die Röntgendiagnostik erwies sich mithin der Probelaparotomie überlegen und gab die Richtschnur für die allein zureichende Operationsmethode, die subtotale Resektion.

Herr **Max Cohn** (Berlin) berichtet über das **Ergebnis seiner systematischen Untersuchungen des Wurmfortsatzes.**

Danach zeigt dieser im Verlaufe einer Verdauungsperiode weitgehende Eigenbewegungen; er wird passiv gefüllt, entleert sich aktiv, ändert seine Gestalt und seine Lage mit dem Coecum und zu diesem usw. Viele Operationsbefunde, die als pathologisch angesehen wurden, finden sich als Phasen während einer Verdauungstätigkeit. Scharfe Knickungen scheinen stets pathologisch zu sein, ebenso tagelanges Gefülltbleiben.

Herr **Schmieden: Zur operativen Behandlung der schweren Obstipation.**

Unter den zahlreichen, nach Aetiologie und klinischem Befund verschiedenen Formen der chronischen Obstipation bieten diejenigen eine günstige Prognose, bei welchen man durch vorherige exakte Röntgenuntersuchung Sitz und Ursache genau ermitteln und eine logisch begründete Operation ausführen kann. Vortr. kann die interessante Beobachtung eines Falles mitteilen, bei dem es sich um eine Mischform von schwerer, über das ganze Colon ausgedehnter Atonie und mäßige Dilatation (im Sinne Stierlins) mit angeborener enormer Verlängerung der Dickdarmmesenterien handelte; der Zustand hatte zu schwerster, seit früher Kindheit begonnener und schließlich unerträglicher Funktionsstörung geführt. Die Röntgenuntersuchungen zeigten, daß die großen und die kleinen Colonbewegungen nur äußerst schwach vorhanden waren, und daß der hauptsächlichste, tagelange Aufenthalt der Kotmassen im Colon transversum stattfand. Vortr. demonstriert die radiologische Funktionsprüfung vor und nach der Operation und erörtert die Beziehungen des Leidens zur Hirschsprungschen Krankheit.

Da bei diesen Fällen eine kausale operative Therapie unmöglich ist, so muß man sich mit Anlegungen neuer Passagewege behelfen; die Pointe solcher Obstipationsoperationen ist es, später Rückstauungsbeschwerden unmöglich zu machen. Zur Erreichung dieses Zweckes hat Vortr. im vorliegenden Falle mit vortrefflichem Erfolge eine doppelte Anastomosierung ausgeführt, erstens zwischen den Fußpunkten der enorm verlängerten Flexura sigmoidea und zweitens zwischen dem Colon transversum und der Kuppe der Sigmaschlinge. (Demonstration der vorhandenen Verhältnisse und der Operationstechnik an Projektionsbildern.)

Herr **Joseph** (Berlin): **Cystoskopische Bilder von Bilharzia der Blase.**

Man sieht die Bilharziaeier und Granulationstumoren in der Gestalt des Champignons sowie ulceriert in Erdbeerform.

Herr **Oehlecker** (Hamburg): **Demonstration einiger interessanter und seltener Röntgenbilder.**

Zwei kongenitale Skoliosen (Spina bifida anterior mit Rippenanomalien — weiterer Fall von kongenitaler Skoliose mit Rippenanomalien, bei der in der Pubertätszeit eine Paraplegie der Beine auftrat). — Multiple Myelome bei einer 24 jährigen Patientin. — Oesophgauscarcinommetastasen in den Knochen beider Schultern und im Nasenseptum. — Uebersichtsbilder der ganzen Halswirbelsäule mit einer neuen Kassette mit Schulterausschnitt. — Drei knöcherne verheilte Kniegelenksresektionen bei tabischer Arthropathie. — Ersatz eines Mittelhandknochens bei Enchondrom der Hand. — Verdrängung des Mediastinums und des Oesophagus bei akutem Hämatopneumothorax.

Herr **E. Rehn** (Frankfurt a. M.) berichtet über **Experimente zur Physiologie und Pathologie des Perikards** aus seinem Laboratorium.

Resektion desselben wird ohne Schaden vertragen. Resorption von Kristalloiden erfolgt genau wie aus der Subkutis. Geformte Bestandteile — Tuschepartikel und Bakterien — wandern durch die Lymphwege des Mediastinums, welches überhaupt ein Sammelbecken für die Brustorgane darstellt. Daher wird es auch samt seinen Drüsen von der bakteriellen Entzündung der genannten Organe ergriffen, im Gegensatz zu der herrschenden Lehrmeinung. Perikarditis mit Adhäsionen wurde erzielt durch Injektion von **Jodtinktur und Aleuronat,**

aber auch von Olivenöl; durch (Jodipin und) Sesamöl kann diesen Adhäsionen vorgebeugt werden. Das Pick sche Syndrom, Cirrhose bei Perikarditis, konnte experimentell reproduziert werden; es erklärt sich durch Einbeziehung der Cava inferior in die Verwachsungen; der Blutstrom geht durch die Azygos und nur im Pfortadersystem kommt es zur gleichen Stauung.

Herr **Coenen** (Breslau) demonstriert **wichtige Kriegsverletzungen** in Diapositiven, die er zusammen mit Thom (Breslau) während des Balkankrieges auf Grund eigener Beobachtungen in Athen gesammelt hat. Die gewebszerstörende Wirkung der Infanteriekugel erkennt man an der scharfen Begrenzung der Schußöffnungen in den Weichteilen und an der narbigen Einziehung, die die Haut mit Haarseilschüssen erleidet. Die Weichteilschüsse am Oberarm sind nicht selten von Lähmungen der Nerven (N. musculocutaneus, radialis, medianus) begleitet. Ein Patient hatte von einem Sprenggeschoß 6 Schüsse am rechten Arm erhalten und eine komplette Musculocutaneus- und Radialislähmung. Die Handschüsse mit kleinem volaren Einschuß und sternförmigem Ausschuß am Handrücken und Zerschmetterung der Mittelhandknochen sind typisch. Bei den Gelenkschüssen fehlen oft alle Erscheinungen, es treten aber auch fungusartige Schwellungen auf. Im Gegensatz zu dem kleinkalibrigen Mausergeschoß ist die knochenzerstörende Wirkung der dicken Martinikugel viel erheblicher, so daß der Knochen in großer Ausdehnung splittert und der Gedanke an Dumdumgeschoß aufkommen kann. Schwere Erfrierungen an den Füßen kamen bei der Belagerung von Janina vor, so daß ganze Teile der Füße sich gangränös demarkierten. Schüsse durch den Stirnhirn- und Gesichtsschädel machten oft gar keine Erscheinungen, dagegen traten bei solchen durch das Hinterhaupt meist hemianoptische Störungen in den Vordergrund. Die Rumpfschüsse, die den Thorax und die Bauchorgane in langen Schußkanälen durchsetzten, heilten glatt. Typisch sind Durchschießungen eines Armes mit Fraktur und solche des Thorax. Dies erklärt sich aus der Haltung des Körpers bei der Anschlagstellung. In der Tibia, Scapula, beim Radius, Calcaneus wurden einfache Lochschüsse beobachtet. Aneurysmen wurden in der A. radialis, brachialis, tibialis postica und zweimal an den Vasa femoralia gesehen. Bei einem hochgelegenen arteriovenösen Aneurysma am Oberschenkel wurde nach der Exstirpation der Arteria und Vena femoralis durch die implantierte V. saphena mit Erfolg überbrückt (23. II. 1913). Rinnenschüsse der Röhrenknochen und solche, bei denen die Kugel im Mark stecken geblieben ist, können die Symptome einer Osteomyelitis machen. Die infratrochantären und supracondylären Schußfrakturen des Oberschenkels sind häufig. Zum Schluß wurden thebanische Knochen aus der Schlacht bei Chäronea (Nationalmuseum in Athen) demonstriert, an denen man noch die Spuren der mazedonischen Waffen deutlich erkennen kann.

Herr **Mühsam** (Berlin) zeigt an einer größeren Zahl vorzüglicher Bilder die Wirkung von Schußverletzungen des Gehirns und Rückenmarks. Der Schußkanal war dadurch bezeichnet, daß Aufnahmen von vorn und von hinten gemacht und Aus- und Einschuß durch kleine Heftpflasterstücke angedeutet waren.

Herr **Goebel**: Projektionsvortrag über die **Einrichtung des Roten Kreuz-Lazaretts in Tripolis.**

Herr **B. Heile** (Wiesbaden): **Zur Darstellung des Epiduralraumes.**

Vortr. macht seit Jahren Kochsalzeinspritzungen in den Epiduralraum zur Beeinflussung der Wurzelischias. Hierbei fiel ihm auf, daß die Kranken bei der Einspritzung nur über einseitige Schmerzen klagen. Dies war der Anlaß, die Anatomie des Epiduralraumes zu revidieren. Vortr. spritzte eine Emulsion von möglichst hochprozentigem Quecksilber in Terpentin in den Epiduralraum, und da ergab sich, daß die einseitig eingespritzte Flüssigkeit auch tatsächlich nur halbseitig den Epiduralraum ausfüllt. Nach der bisherigen anatomischen Vorstellung war der Epiduralraum ein in seinen beiden Hälften frei kommunizierender Raum, der nach unten frei übergeht in den Sacralraum und oben am Hinterhauptsloch endet. Vortr. fand, daß in Wirklichkeit (er bestätigte dieses Resultat an 10 Leichen) in der Mitte eine Scheidewand beide Hälften des Epiduralraumes trennt. Diese Scheidewand schließt sich der Vorderwand des Ligamentum longitudinale posterius an und wird zum Teil nur durch eine dünne Membran dargestellt, die aber funktionell einen absoluten Abschluß beider Hälften gegeneinander zustandebringt. Es darf allerdings die Flüssigkeit in den Epiduralraum nicht mit starker Gewalt eingespritzt werden, da sonst die Scheidewand nachgibt. Nach der Demonstration des Vortr. gibt bis zu einem gewissen Grade auch der Abschluß des Epiduralraumes nach außen in den Intervertebrallöchern nach. Die eingespritzte Flüssigkeit drängt an den austretenden Nervenwurzeln den Duraraum weiter hinaus, bleibt aber immer im Duraraum drin, während im eigentlichen Sacralraum, der nach unten zu die Fortsetzung des Epiduralraumes bildet, unterhalb des zweiten Sacralwirbels die Flüssigkeit durch die Foramina sacralia in das lockere Beckengewebe hinaustritt. Dies erklärt, warum z. B. eine Sacralanästhesie gut auszuführen ist, weil hier die Flüssigkeiten auf den peripheren Teil außerhalb der Wirbelsäule im Beckenbindegewebe wirken. Reine Epiduralanästhesien dagegen sind bislang kaum erzielt, wenn man nicht zugleich andere Narkotica hinzufügte, weil die Flüssigkeiten nur innerhalb des epiduralen Raumes wirken; hier aber sind die durchtretenden Nerven durch eine Durascheide stark isoliert. Vortr. zeigte, daß nach seinen Versuchen etwa 10—15 ccm Flüssigkeit, die in den Sacralkanal eingespritzt wird, hinaufreicht bis zum untersten Ende der Lendenwirbelsäule. 30 ccm reichen bis zum oberen Teil der Lendenwirbelsäule und 50 ccm reichen ungefähr halbseitig bis zur Höhe der Halswirbelsäule. Der Epiduralraum endet nach den Demonstrationen des Vortr. nach oben nicht, wie man bislang annahm, am Hinterhauptsloch, sondern setzt sich, wenn auch als sehr schmaler Spalt, fort bis zum Ansatz des Tentoriums an der Schädelbasis. Vortr. macht auf die Bedeutung der geänderten anatomischen Vorstellung des Epiduralraumes aufmerksam und besonders auf die Trennung des Epiduralraumes für die beiden Körperhälften. Die Einspritzungen in den Epiduralraum lassen sich nach der Demonstration des Vortr. nicht allein vom Sacralraum aus machen, sondern sind ebenso gut möglich durch die Intervertebrallöcher. Dies hat deshalb größere klinische Bedeutung, weil man auf diese Weise direkt Nervengebiete mit der Einspritzung treffen kann, die man vom Sacralkanal aus erst sehr indirekt durch die hochsteigende Flüssigkeit beeinflussen kann.

(Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Ueber pathologische Vermehrung der Erythrocyten, insbesondere über den Symptomenkomplex: Polycythämie mit Milztumor und Cyanose. Von Dr. med. **Albrecht Wagner.** Langensalza 1913, Druck und Verlag von Wendt & Klanwell. 58 S. 1,20 M.

In vorliegender Arbeit, welche die Separatausgabe einer Doktordissertation darstellt, schildert Verf. das von Vaquez zuerst beschriebene Krankheitsbild der Polycythämie unter Mitteilung von 3 Fällen aus der Jenaschen medizinischen Klinik. Er empfiehlt symptomatisch den Aderlaß bei sekundärer Hyperglobulie, wenn das primäre Leiden nicht zu beeinflussen ist. Dagegen sind regelmäßige Blutentziehungen bei primärer Polycythämie eher kontraindiziert.

Blutungen im Spätwochenbett. Von Dr **Bruno Bosse.** (Berliner Klinik, Februar 1913, Heft 296.) Berlin W., Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 21 S. 0,60 M.

Der vor kurzem früh und unerwartet verstorbene Verfasser gibt in der kleinen Abhandlung, unter Mitteilung einer Reihe von ihm beobachteter Fälle, eine Darstellung der im Spätwochenbett hin und wieder auftretenden Blutungen, gruppiert nach der verschiedenartigen Aetiologie, durch welche auch die in jedem Falle anzuwendende Therapie, die ebenfalls besprochen wird, bedingt ist.

Historisch-kritische Studien über Goethe als Naturforscher. Von **J. H. F. Kohlbrugge** (Utrecht). Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitsch. 154 S. 3 M.

Es gilt bei vielen für ausgemacht, daß Goethe nicht nur der große Dichter, sondern auch ein großer Naturforscher gewesen ist. Goethe soll die moderne vergleichende Anatomie, die Botanik, die Geologie und sogar die Entwicklungslehre entweder geschaffen oder doch mit dem Auge des Propheten vorausgeahnt haben. Dieser blinden Bewunderung gegenüber unternimmt der Verfasser in der vorliegenden Schrift den Nachweis, daß Goethe als Naturforscher nur einen sehr bescheidenen Rang einnimmt, daß seine Leistungen weder besonders originale sind, noch daß sie für die Entwicklung der Naturwissenschaften nachhaltige Bedeutung erlangt haben. Verf. beschränkt sich darauf, Goethes Arbeiten und Anschauungen auf dem Gebiete der vergleichenden Anatomie, Zoologie, Botanik und Geologie kritisch zu beleuchten und vor allem sein Verhältnis zu den Leistungen der zeitgenössischen Forscher zu untersuchen. Er zeigt u. a., daß Goethe keineswegs als Vorgänger Darwins angesehen werden kann, daß seine Anschauungen sich durchaus mit denen der deutschen Naturphilosophen deckten, daß von eigentlichen selbständigen Entdeckungen bei ihm nicht gesprochen werden kann; es handelt sich immer mehr um allgemeine Ideen, welche wir von unserem heutigen Standpunkte aus nicht einmal als richtig ansehen können. Verf., ein gründlicher Kenner der Geschichte und älteren Literatur der deskriptiven Naturwissenschaften, belegt alle seine Angaben mit sorgfältigen, ausführlichen Quellennachweisen, die den einzelnen Kapiteln am Schlusse angefügt sind. Es ist auf diese Weise jedem, der Lust und Zeit zu derartigen Studien hat, ermöglicht, Kohlbrugges Urteile objektiv nachzuprüfen. Es scheint doch, daß die Mehrzahl der Autoren, die über Goethe, den Naturforscher, geschrieben haben, dies ohne ausreichende Kritik, ohne genügende Beherrschung der Quellen, ohne die erforderliche Kenntnis der Wissenschaftsgeschichte getan haben, nicht

nur Literarhistoriker, die ja den Naturwissenschaften von Hause aus etwas ferner stehen, sondern auch Mediziner und Biologen. „Wenn man," sagt Verf., „Goethes naturwissenschaftliche Arbeiten mit Genuß lesen will, dann darf man nicht, wie seine Panegyristen fordern, in ihm einen modernen Naturforscher sehen, sondern einen Philosophen, Aesthetiker, Künstler, Dichter, der in dieser Qualität die Natur mit seinen wunderbar klaren Augen betrachtete und nun Gedanken hervorbrachte, deren Inhalt großen Genuß bereitet und jeden erfreuen wird, der sich von der exakten modernen Naturwissenschaft ausruhen will."

Praktische Kosmetik für Aerzte und gebildete Laien. Von Sanitätsrat Dr. med. **P. J. Eichhoff**, Chefarzt der Abteilung für Hautkrankheiten etc. der städtischen Krankenanstalten in Elberfeld. Dritte Auflage. Leipzig und Wien 1913, Franz Deuticke. 282 S. 7,50 M.

Ein großer Fehler des vorliegenden Werkes besteht darin, daß es gleichzeitig für Aerzte und Nichtärzte bestimmt ist. Abgesehen davon, daß durch derartige Bücher, die auch Laien verständlich sein wollen, nur der Neigung zur Selbstbehandlung und Kurpfuscherei Vorschub geleistet wird, leidet auch die Darstellung darunter, weil viele Dinge, die dem Arzte bekannt sein sollten, zu ausführlich behandelt werden, jedenfalls in einer nur für Aerzte bestimmten Darstellung entweder gar nicht oder kürzer hätten besprochen werden können. So konnte in einem rein ärztlichen Lehrbuch das erste Kapitel, in welchem Verf. allgemeine hygienische Regeln vom Standpunkte des Kosmetikers gibt, wohl ganz fortbleiben. Der dadurch ersparte Raum würde für andere Dinge Platz schaffen, die Verf. zu kurz behandelt. Wir meinen z. B. die Anwendung der physikalischen Hilfsmittel in der Kosmetik (Licht, Radium, Röntgenstrahlen, Elektrizität, Thermotherapie), welche Verf. zwar stellenweise erwähnt, deren Technik er aber teils gar nicht, teils nur skizzenhaft beschreibt. Ein derartiges Kapitel darf in einem für Aerzte bestimmten modernen Lehrbuch der Kosmetik nicht fehlen. Dagegen ist die Pharmakologie der Kosmetik im allgemeinen Teil recht ausführlich dargestellt. Darin liegt ein Hauptvorzug des Buches; eine so vollständige Sammlung von kosmetischen Rezepten wie hier findet man schwerlich in anderen Darstellungen der Dermatotherapie und Kosmetik. — Im zweiten, speziellen Teil des Buches bespricht Verf. der Reihe nach die Kosmetik der Haut, der Haare, der Nägel, des Mundes und der Mundhöhle, der Nase, der Ohren und der Augen, letztere nur soweit, als sie nicht in das Gebiet der Spezialdisziplinen, der Oto-Rhinologie und Augenheilkunde, fallen. Die moderne kosmetische Chirurgie (Paraffinprothesen, Nasen- und Ohrenverbesserungen) hat Verf. nicht in seine Darstellung aufgenommen. Durch die Gliederung in einen allgemeinen und speziellen Teil hat Verf. sich leider dazu verleiten lassen, vieles doppelt, sowohl im allgemeinen pharmakologischen Teil wie in den speziellen Kapiteln, zu bringen. Diese Wiederholungen nehmen überflüssig viel Platz fort. Trotz der erwähnten Mängel, die Verf. vielleicht bei der nächsten Auflage beseitigt, dürfte das Buch jedoch von vielen Kollegen, die sich über Fragen der Kosmetik belehren wollen, mit Nutzen zu Rate gezogen werden. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Anläßlich eines Streites zwischen einem Krankenkassenvorstand und der Chirurgischen Gesellschaft in Breslau hat der preußische Unterrichtsminister entschieden, daß in den **Universitätspolikliniken** an sich nur unbemittelte Kranke behandelt werden dürfen und daß Krankenkassenpatienten als Unbemittelte nicht anzusehen sind, da für sie die Krankenkassen einzutreten verpflichtet sind. Sofern im Einzelfalle im unterrichtlichen Interesse eine poliklinische Behandlung von Krankenkassenpatienten stattfindet, ist von seiten der Universitätspolikliniken die Erstattung der ihnen erwachsenden eigenen Unkosten (für Stellung des ärztlichen etc. Personals und der Einrichtungen, für Medizin, Verbandmaterial, Bäder, elektrische Beleuchtung u. dergl.) unter der Bezeichnung „Kurkosten" zu fordern. Ein besonderes „ärztliches" Honorar darf daneben nicht liquidiert werden.

Darmstadt. Dem ärztlichen Zentralausschuß in Hessen wurde seitens des Ministeriums der Entwurf einer **Aerzteordnung** und eines Gesetzes zur Errichtung einer Aerztekammer und eines Ehrengerichts vorgelegt.

Paris. Zur Vervollständigung unserer Mitteilung in No. 14, S. 172, über die Tagung des **ersten Kongresses Medizinstudierender** (Congrès de la Fédération des étudiants en médicine), die Ende März hier abgehalten wurde, fügen wir über die Beschlüsse des Kongresses in den zueinander in Beziehung stehenden Fragen des Militärdienstes und der Zulassung von Ausländern noch folgendes hinzu: Der Kongreß sprach seine Bereitwilligkeit aus, alle Lasten, die durch Einführung der dreijährigen Dienstzeit veranlaßt würden, ohne Einschränkung auf sich zu nehmen. Die Mediziner sollten nach 12 semestrigem Studium ihr 2. und 3. Jahr als Hilfsärzte abdienen.

Zur Ausländerfrage wurden folgende Forderungen beschlossen:

1. Niemand kann in Frankreich den ärztlichen Beruf ausüben, wenn er nicht staatlich approbiert und Doktor der Medizin ist.
2. Niemand kann sich inskribieren lassen mit der Absicht, die staatliche Approbation zu erlangen, wenn er nicht Franzose oder naturalisierter Franzose ist.
3. Universitätsdiplome dürfen nicht in staatliche Approbation umgewandelt werden.
4. Ausländer dürfen in Frankreich nur praktizieren, wenn sie 2 oder 3 Jahre gedient haben, im Falle sie jünger als 32 Jahre sind.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. Medizinalrat Prof. Otto Hildebrand, Direktor der chirurgischen Klinik an der Charité, ist zum ordentlichen Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ernannt worden.

— Geh. Sanitätsrat Dr. Brunk in Bromberg ist zum Mitglied, Sanitätsrat Dr. Ebel in Königsberg i. Pr. zum stellvertretenden Mitglied des ärztlichen Ehrengerichtshofes gewählt worden.

Breslau. Der Direktor der hiesigen medizinischen Universitätspoliklinik Prof. Dr. J. Strasburger wurde zum Direktor der in Frankfurt a. M. neu zu begründenden medizinischen Institute, der Poliklinik und des Therapeuticums, gewählt und hat den Ruf angenommen.

Altona. Die in der vorigen Nummer unserer Zeitung gebrachte Notiz berichtigend, bemerken wir, daß Dr. Zeissler, bisher Marburg, nicht als Leiter des Gesundheitsamtes, sondern der mit dem städtischen Krankenhause verbundenen bakteriologisch-serologischen Untersuchungsstelle hierher berufen wurde.

Hildesheim. Der Privatdozent für innere Medizin an der Universität Leipzig Dr. L. v. Criegern ist zum zweiten Oberarzt des hiesigen städtischen Krankenhauses gewählt worden.

Göttingen. Hierher, nicht, wie in der vorigen Nummer irrtümlich mitgeteilt, nach Bonn, ist der Privatdozent der Neurologie und Psychiatrie Dr. Otto Klieneberger aus Königsberg i. Pr. als Oberarzt der psychiatrischen und neurologischen Universitätsklinik berufen worden.

Cöln. Der verdiente Chirurg Geh. Rat Bardenheuer tritt demnächst von der Leitung des Bürgerhospitals und der Professur für Chirurgie an der Akademie für praktische Medizin zurück. Bei dieser Gelegenheit hat er dem Bürgerhospital seine umfangreiche Bibliothek zum Geschenk gemacht.

München. Der Pathologe Prof. Dr. Hermann Duerck hat die Berufung nach Cöln an die dortige Akademie abgelehnt.

Straßburg. Der bisherige Extraordinarius der Dermatologie Prof. Dr. A. Wolff ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

Paris. Frau Déjerine geb. Klumpke, Gattin und langjährige Mitarbeiterin des Neurologen Prof. Déjerine, hat das Kreuz der Ehrenlegion erhalten. Es soll das erste Mal sein, daß eine Frau für wissenschaftliche Verdienste so ausgezeichnet wurde.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der Einladung eines vorbereitenden Ausschusses für Gründung eines badeärztlichen Standesvereins bei Gelegenheit der Tagung der Balneologischen Gesellschaft war eine große Zahl reichsdeutscher Badeärzte gefolgt. Ein von Lachmann (Landeck) erstatteter einleitender Bericht regte einen lebhaften Meinungsaustausch an, in dem der allgemeine Wunsch und das Bedürfnis zutage trat, die gemeinsamen Interessen auch durch eine besondere Organisation vertreten zu sehen, die in wirtschaftlichen Fragen Anschluß bei dem Leipziger Verbande suchen wird. So wurde denn die Gründung des **Standesvereins der reichsdeutschen Badeärzte** beschlossen, dem sofort fast alle Anwesenden als Mitglieder beitraten. Zum Vorsitzenden wurde Geheimrat Röchling (Misdroy), zum Schriftführer Lachmann (Landeck), zum Schatzmeister Stemmler (Ems) gewählt.

Der dem Vorstande zur Seite stehende Beirat setzt sich aus 12 angesehenen Badeärzten aus allen Teilen des Deutschen Reiches zusammen. Aufgabe des neuen Vereins wird es nun sein, neben manchen wirtschaftlichen Angelegenheiten, die die Zukunft bringen dürfte, vor allem verschiedene Standesfragen, welche die Stellung der Badeärzte gegenüber den Hausärzten, den Badeverwaltungen usw. betreffen, zu regeln. Zum Vereinsorgan wurde die „Zeitschrift für Balneologie" gewählt.

Halle a. S. Die **Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens** hält am 13. Mai in der hiesigen Königl. Universitäts-Frauenklinik ihre 6. Versammlung ab. Als Hauptthemata kommen zur Verhandlung: 1. Wiederholungskurse und Nachprüfungen; 2. Organisation und Hebammenschulen.

Cassel. Hier findet die diesjährige Mitgliederversammlung des **Deutschen Vereins für Volkshygiene** vom 6.—8. Juni statt. Näheres durch die Geschäftsstelle, Berlin W. 30, Motzstraße 7.

Brüssel. Die 3. **internationale Konferenz für Krebsforschung** findet hier vom 1. bis 5. August 1913 statt. Verhandlungsgegenstände: 1. Die Anwendung der physikalisch-chemischen Verfahren bei der Behandlung des Krebses. Anwendung chemischer Mittel nach Radikaloperationen. 2. Vaccinationstherapie der Geschwülste. 3. Statistik der Krebskrankheit. Oertliche Verbreitung. 4. Einrichtung für die Fürsorge Krebskranker (Fürsorgestellen usw.). 5. Pflege der Krebskranken und Unterricht in dieser Pflege. 6. Bericht über den Stand der Krebsforschung und Krebsbekämpfung in den einzelnen Ländern, unter Vorlage der betreffenden Drucksachen, Schriften für Aerzte, Merkblätter fürs Volk usw.

Verschiedenes.

Berlin. Die **Preisaufgabe** der Dr. Heinrich Brock-Stiftung der Balneologischen Gesellschaft lautet: „Bedeutung und Durchführung einer rationellen Krankendiät in Kurorten". Der Preis beträgt 800 M. Die Arbeiten sind bis zum 1. Januar 1914 an Herrn Geheimrat Prof. Dr. Brieger, Berlin N. 24, Ziegelstr. 18/19, einzusenden. Die Arbeiten müssen mit einem Motto versehen sein, welches auch auf einem dabei einzureichenden Briefkuvert, in dem eingeschlossen sich der Name des Verfassers befinden soll, zu stehen hat.

— Auf dem letzten Röntgenkongreß ist von dem Vorsitzenden Immelmann (Berlin) angeregt worden, von Zeit zu Zeit **röntgenologische Studienreisen** zu veranstalten. Der Vorschlag ist auf fruchtbaren Boden gefallen und eine große Reihe von Röntgenlaboratoriumbesitzern ist bereit, die Teilnehmer der Studienreisen bei sich zu empfangen. Die erste dieser Reisen wird vom 15.—20. September dieses Jahres nach Wien unternommen werden. Für die zweite Studienreise ist die Woche vor Pfingsten nächsten Jahres in Aussicht genommen. Diese Reise wird sich auf die Städte Bremen, Hamburg, Altona, Cöln, Bonn, Frankfurt a. M., Nauheim, Erlangen und München erstrecken. Vom Ausschuß der Deutschen Röntgengesellschaft ist eine Studienreisekommission gewählt, der die Herren Eberlein, Levy-Dorn und Immelmann (Berlin) angehören. Alle die Reise betreffenden Anfragen sind an den letzteren, Berlin, Lützowstr. 72, zu richten.

Düsseldorf. Der Kursus über „Diagnostik, Pathologie und Therapie der **Krankheiten des Herzens** und der Gefäße", welche unter Leitung von Prof. August Hoffmann alljährlich an der medizinischen Klinik der Düsseldorfer Akademie der praktischen Medizin abgehalten wird, wird auch in diesem Jahre zum sechsten Male in der Zeit vom 20. bis 29. Oktober stattfinden. Auskunft erteilt das Sekretariat der Akademie, Moorenstraße.

Rouen. Der Krankenhausassistent (interne des hôpitaux) Carpentier in Rouen, der durch berufliche Diphtherieinfektion mit Neuritis eine dauernde Schädigung des rechten Beines und der rechten Hand davongetragen hat, erhält aus der **Carnegie-Stiftung für Lebensretter** eine Pension von 2000 Fr. und eine silberne Medaille.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub: Ordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. E. Ponfick in Breslau.

Roter Adler-Orden 3. Kl. m. d. Schleife: Generaloberarzt a. D. Prof. Dr. A. Köhler, bisherigem 1. Garnisonarzt in Berlin; Generaloberarzt a. D. Dr. G. Langhoff, bisherigem Garnisonarzt in Potsdam.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Stabsarzt Dr. F. Lotsch an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, Geh. San.-Rat Dr. W. Boldt in Berlin, San.-Rat Dr. M. Alsberg in Cassel, Med.-Rat Dr. A. Gilbert in Dresden, Geh. San.-Rat Dr. R. Paprosch in Berlin, Marinestabsarzt Dr. Fr. Weispfennig vom Stabe S. M. kl. Kreuzers „Cöln".

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Ordentl. Professoren Dr. M. Verworn und Dr. A. Westphal in Bonn.

Prädikat Professor: Privatdozenten Dr. K. Bachem, Dr. H. Stursberg und Dr. E. Zurhelle in Bonn, Dr. E. Forster und Dr. G. Levinsohn in Berlin, Dr. P. Bartels in Königsberg und Dr. F. Eichelberg in Göttingen; Vorsteher des Neuro-biologischen Laboratoriums der Universität in Berlin Dr. O. Vogt; Assistent am Neuro-biologischen Laboratorium daselbst Dr. M. Bielschowsky.

Ausgeschieden aus dem Staatsdienste: Kreisassistenzarzt Dr. Wrobel in Kattowitz.

Ernannt: Ordentl. Prof. Dr. F. Hofmann in Prag zum ordentl. Professor in Königsberg, außeretatsmäßiges wissenschaftl. Mitglied der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem Dr. J. Wilhelmi zum etatsmäßigen Mitgliede der Anstalt, Dr. W. Klimm in Landeshut i. Schl. zum Kreisassistenzarzt in Kattowitz, Arzt Dr. F. Schrammen in Cöln zum Kreisassistenzarzt in Königsberg i. Pr., Prof. Dr. L. Jores in Cöln zum ordentl. Professor in Marburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Lubarsch in Düsseldorf zum ordentl. Professor in Kiel, Privatdozent Prof. Dr. K. Spiro in Straßburg zum Honorarprofessor daselbst, Kreisassistenzarzt Dr. J. Marmann in Koblenz zum Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Potsdam, Kreisassistenzarzt Dr. A. Suessmann in Liegnitz zum Kreisarzt in Wipperfürth, Arzt Dr. B. Kerckhoff in Haren zum Kreisassistenzarzt in Liegnitz.

In den Ruhestand getreten: Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Esch-Waltrup in Cöln, wissenschaftl. Mitglied der Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin Prof. Dr. H. Wolpert.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Heinze von Potsdam nach Angermünde, Kreisarzt Dr. Stoffels von Wipperfürth nach Cöln.

Niedergelassen: Privatdozent Prof. Dr. G. Joachim in Königsberg i. Pr., Aerztin Dr. G. Böhm in Berlin, H. Cohn und Dr. M. Schönenberg in Berlin-Schöneberg, Marinestabsarzt a. D. Dr. W. Bugs in Fürstenwerder, Dr. P. Syring in Teupitz, Dr. W. Tauscher in Hohensalza, V. Szatkowski in Luisenfelde (Kr. Hohensalza), Dr. G. Flebbe in Fallingbostel, A. Koll in Aachen, Dr. H. Wildt in Eupen, Stabsarzt Dr. Collmann und Dr. St. Roman in Thorn, Dr. K. Fürstenheim in Biesenthal, Dr. K. Schwarz in Barnewitz, M. Rieger in Ambrock, Dr. W. Raymann in Bochum, Dr. W. Pixis in Frankfurt a. M., Dr. G. Neugebauer in Striegau, Dr. E. Lange in Halle a. S., Dr. F. Th. G. A. Albrecht in Bodenfelde.

Verzogen: Dr. J. Zabbé von Königsberg nach Damnau, M. Brexendorf von Lauenburg i. P. nach Neu-Ruppin, Dr. M. Herford von Altona nach Görlitz, L. Langer von Breslau nach Beuthen (O.-Schl.), Dr. W. Armbruster von Schkeuditz nach Henfenfeld i. Bayern, Dr. E. Boehnke von Königsberg i. Pr. und Dr. Th. Voeckler von Leipzig nach Halle a. S., Dr. J. Basten von Bad Orb nach Bonn, Dr. A. Koppel von Dresden nach Cöln, P. Bergerhoff von Bedburg nach Rosbach a. Sieg, Dr. J. Thauer von Erlangen nach Neunkirchen, Dr. A. Savels von Cöln nach Saarbrücken.

Gestorben: Dr. J. Karstensen in Altona, Dr. L. Eisengräber in Eisleben, Dr. Fritsche in Bodenfelde, Dr. P. Oppler, Dr. N. Loeser und San.-Rat Dr. H. Seiffert in Breslau, Dr. P. Schäfer in Frankfurt a. M., Dr. A. Schaffner in Wiesbaden, Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Roeper in Arnsberg, Dr. P. Werner in Allenstein, Dr. O. Pielicke und Dr. M. Schlie in Berlin, Dr. O. Faber in Ratibor, Geh. San.-Rat Dr. G. Ihlefeldt in Quedlinburg, Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. F. Limper in Gelsenkirchen, H. Meuser in Merken, Geh. San.-Rat Dr. F. Lucas in Erkelenz, Dr. A. Pellengahr in Waldfeucht.

Lübeck.

Verzogen: Dr. G. F. C. Schantz nach Ulbrichtshöhe.

Elsaß-Lothringen.

Verzogen: Nach Metz: Dr. Krause von Sigmaringen, Dr. Schlemmer von Durlach und Dr. v. Lorentz von Stettin; von Straßburg: Stabsarzt Bülau nach Zwickau und Prof. Dr. Czerny nach Berlin; Dr. Kessler von St. Avold nach Kehl; nach Straßburg: Prof. Dr. Salge von Freiburg; Dr. Lehmann von Selz nach Heidelberg, Dr. Spiegel von Gebweiler nach Selz, Dr. Frey von Quedlinburg nach Hagenau, Dr. Leopold von Hagenau nach Gotha, Dr. Nordt von Cöslin nach Schlettstadt, Dr. Spackeler von Schlettstadt nach Cöslin.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang **Berlin, 3. Mai 1913** **No. 18**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.







Appetit
aus
Fleisch, Chinarinde,
Kalk-Lactophosphat
erzeugt
Vial's tonischer Wein
VIAL & UHLMANN, FRANKFURT a/M.



ERYSTYPTICUM
„Roche"
flüssig und fest (granuliert)
Indikation: patholog. Blutungen speziell in der Gynäkologie
Anwendung: per os
Dosis: 3 mal täglich 10-20 Tropfen oder 1-2 Messkapseln.
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
BASEL (Schweiz), GRENZACH (Baden) WIEN III/1.



Pantopon Roche
pharmakologisch geprüft und
klinisch jahrelang bewährt,
enthält die
GESAMTALKALOIDE DES OPIUMS
in natürlicher Proportion.
AMPULLEN 1,1 ccm = 0,02 g TABLETTEN à 0,01 g
LÖSUNG 2%ig PANTOPONSIRUP PULVER p.r.
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)
WIEN III/1



DIGALEN
Digitoxin. solub. Cloetta
die
injizierbare Digitalis
zuverlässig,
genau eingestellt,
gut verträglich,
kompendiös.
DIGALEN
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co



THIGENOL Roche
Synthetisches Schwefelpräparat
zur Verwendung bei
Hautkrankheiten
und in der Gynaekologie.
Verbreitet keinen belästigenden Geruch und verursacht keine schwer zu beseitigenden Flecken.
VERSCHREIBWEISE: Thigenol purum
Thigenol als Ingrediens von Salben, Pasten
Thigenol-Glycerin 10 Originalpackung Mk. 1.—
Thigenol-Ovules. Thigenol-Tampols.
Man verlange: Thigenol-Rezeptsammlung.
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN), WIEN III/1.

82. Jahrgang **Berlin, 3. Mai 1913** **No. 18**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

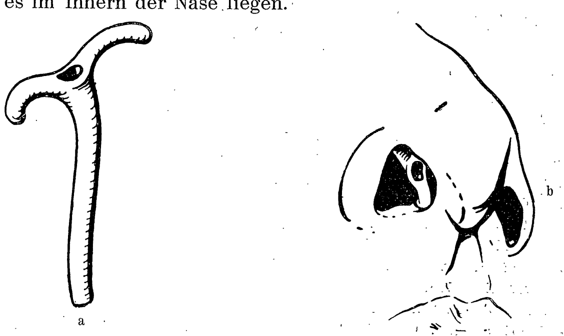
I. Originalmitteilungen.

Zur Beseitigung behinderter Nasenatmung.

Von

Dr. **Piek** (Berlin-Charlottenburg).

Täglich können wir in der Praxis eine Unwegsamkeit in der Nase konstatieren. Die Nase steht sehr selten symmetrisch median. Jeder aufmerksame Beobachter sieht diese Abweichung, und die Bestätigung dieser Beobachtung können wir häufig vom Portraitmaler hören. Die Abweichung der Nase ist meistens nach links. Die Nasenscheidewand, das Septum narium, macht fast ausschließlich eine Deviation, wodurch eine Verengerung eines Teils der Nase entsteht. Dazu kommt noch eine Verdickung der Nasenschleimhaut am unteren freien Rande der unteren Nasenmuschel, wo sie häufig wie ein weicher, schlotternder Wulst herabhängt. Hierdurch wird der Raum der Nasenhöhle noch mehr verengt. Es ist daher erklärlich, daß bei krankhafter Lockerung und Aufschwellung der Nasenschleimhaut die Wegsamkeit der Nasenhöhle für die einzuatmende Luft vollständig aufgehoben werden kann. Ein solcher Zustand ruft das unangenehme Schnarchen hervor und ist außerdem für den normalen Atemtyp ein großes Hindernis, weil man gezwungen wird, nur durch den Mund zu inspirieren. Das Gefährliche einer solchen Atmung springt in die Augen, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß wir bei kaltem Wetter bezw. kalten, scharfen Winden die Luft ohne Vorwärmung durch die Nase in unsere Lungen einsaugen müssen, wodurch die Gesundheit erheblichen Schaden erleiden kann. Beim Asthmatiker können wir häufig den Ursprung seines Leidens auf eine Unwegsamkeit in der Nase zurückführen, deren Beseitigung ihm große Erleichterung bezw. vollständiges Schwinden seines krankhaften Zustandes bringt. Diesen Uebelständen soll ein kleines Instrument „Nasenlüfter" abhelfen — Allg. Med. Central-Ztg., 1911, No. 46 —, der unterhalb der unteren Nasenmuschel zu liegen kommt und in dieser Lage eine durch Schwellung der Schleimhäute hervorgerufene Unwegsamkeit des Naseninnern verhindert. Das Instrument besteht aus einer aus bleifreier Legierung hergestellten biegsamen, durchbohrten Röhre, die stäbchenartige, rundliche Ansätze, sogenannte Stütz- und Nasenflügelhebeflanchen hat, welche seitlich gebogen sind und als Stützpunkt des Nasenlüfters am Septum, der Nasenscheidewand, und zur Hebung des Nasenflügels dienen — Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 4 —. Vermöge der eigenartigen Legierung ist es möglich, dem Nasenlüfter mit leichtem Fingerdruck jede Form zu geben, ohne daß die Nasenlüfterröhre einknickt bezw. sich abflacht oder ein Brechen des Nasenlüfters zu befürchten ist. Auch die Stütz- und Nasenflügelhebeflanchen sind biegsam. Das Instrument ist leicht einzuführen und kann die ganze Nacht hindurch ohne jegliche Beschwerde in der Nase liegenbleiben. Um ev. Sekrete, die durch unvorhergesehene Fälle in die Bohrung des Nasenlüfters eindringen, zu entfernen, ohne das Instrument aus der Nase zu nehmen — übrigens eine sehr selten beobachtete Erscheinung — ist zur leichteren Vornahme einer Lufteinblasung mit einer beliebigen Spritze die Bohrung des Nasenlüfters am Stützpunkt für die Nase konisch erweitert. Bevor der Nasenlüfter in die Nase eingeführt wird, taucht man ihn in eine Menthol-Paraffinlösung, wodurch die Wirksamkeit gegen die frühere Anwendung noch bedeutend erhöht wird. Die Zeichnung a stellt das Instrument in seiner ungefähren Größe dar; in Zeichnung b sieht man es im Innern der Nase liegen.



Den Alleinvertrieb des Nasenlüfters, der unter Nr. 485 292 vom Deutschen Reichspatentamt gesetzlich

geschützt ist, hat die Apotheke zum weißen Schwan, Berlin C. 2, Spandauerstr. 77, übernommen. Der Preis des Nasenlüfters nach Dr. Pick beträgt inkl. Menthol-Paraffinlösung 2,50 M.

Aus der Poliklinik für Frauenleiden des Prof. Dr. Dührssen (Berlin).

Die moderne Trockenbehandlung des Fluor albus mittels Tryen in kritischer Beleuchtung.

Von

Dr. med. **Hans Höfling** (Darmstadt).

Seitdem Nassauer mit der bisher üblichen Irrigatorbehandlung des weiblichen Fluor albus gebrochen hat, hat man verschiedene Mittel verwandt, die eine Austrocknung der Vagina bezwecken: Nassauer die Bolus alba (1, 2, 3), Kraus den Gips (4) und Liepmann 20proz. Lenicetpuder (5). Diese Mittel, die in reichlicher und guter Verteilung in die Vagina und vor die Portio gebracht werden, wirken durch Adsorption, d. h. es werden in den Sekreten gelöste Stoffe durch Oberflächenwirkung physikalisch gebunden (Heubner [Göttingen]). Von einer baktericiden Wirkung ist keine Rede.

Es hat dann vor allen Dingen Abraham (6) versucht, mit einer Hefebolusmischung, der Xerase, das baktericide Moment hineinzubringen, indem er durch experimentelle Versuche die bakterientötende Eigenschaft der Hefe nachzuweisen versuchte; jedoch haben die Versuche von Cronheim (7) dargetan, daß es zum mindesten zweifelhaft ist, ob hier eine rein bakterientötende Wirkung stattfindet.

Wie auch die Wirkung sei, gute Erfahrungen mit Xerase sind veröffentlicht von Tojbin (8) und von Prager-Heinrich (9); aber auch hier scheint mir das wesentliche Moment die adsorbierende Eigenschaft des Präparates zu sein.

Nassauer (10) hat in neuester Zeit eine Jodbolusmischung, 10proz. Novojodinbolus, benutzt, wohl aus der Erkenntnis heraus, ein bei Entzündungen bewährtes Präparat, das Jod, in therapeutische Anwendung zu bringen.

Wir brauchen ein Mittel, welches nicht nur, wie die Bolus, eine adsorbierende Eigenschaft hat, sondern welches auch eine gewisse baktericide Kraft besitzt, denn es kommt doch vor allen Dingen auch darauf an, die Krankheit zu beseitigen, d. h. die Krankheitsursache, und das können wir doch nur, wenn wir die Bakterien abtöten.

Dieses Mittel haben wir meines Erachtens in dem Tryen.

Als erster hat uns Abel (11) mit dem Tryen bekanntgemacht. Er berichtete davon in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 4. Dezember 1912.

Auf Grund seiner so ausgezeichneten Erfolge haben wir uns veranlaßt gesehen, die uns freundlichst vom West-Laboratorium, Berlin-Wilmersdorf, zur Verfügung gestellten Proben zu eingehenden gynäkologischen Versuchen zu verwenden. Im speziellen haben wir uns darauf beschränkt, sie bei Fluor albus jeder Art anzuwenden, Versuche, die sich auf die Zeit von Oktober 1912 bis März 1913 erstrecken.

Das Tryen ist ein Jodbenzolderivat, welches die wissenschaftliche Bezeichnung „Parajodorthosulfooxycyclohexatrienpyridin" hat. Es ist ein organisches Jodpräparat der aromatischen Reihe mit 30 pCt. Jodgehalt. Das Jod ist und bleibt an dem Tryen fest gebunden, wird also im Organismus nicht abgespalten. Die Wirkung des Tryen ist demnach nicht die eines Jodpräparates im bisher bekannten Sinne, sondern ist eine Komplexwirkung der gesamten Komponenten. Aus diesem Grunde nimmt es in der Reihe der Jodpräparate eine gesonderte Stellung ein. Das Tryen ist, wie das Tierexperiment und die klinischen Erfahrungen lehren, in den in Betracht kommenden Dosen für den menschlichen Organismus vollkommen unschädlich und ohne Nebenwirkung.

Nach den Versuchen des Stabsarztes Dr. Evler, der auch seine Reagenzglasversuche in der obenerwähnten Sitzung der Berliner med. Gesellschaft demonstrierte, ist das Tryen ein mächtiges antifermentatives Agens. Im Eiter verhindert es den Abbau des Eiweißmoleküles und schützt den Organismus so vor der Ueberschwemmung mit den dadurch entstehenden giftigen Produkten (Erhaltenbleiben der Furfurolreaktion, Ausbleiben der Biuretreaktion bei Anwendung der osmotischen Methode Abderhaldens).

Eine Verbindung mit Eiweiß findet nicht statt, das Tryen kann also in reiner Form ungehindert zur Wirkung gelangen.

Die Behandlung des weiblichen Ausflusses mittels Tryen stellt eine neue Art der Trockenbehandlung dar, indem keinerlei Pulver zur Anwendung gelangen, sondern lediglich Gaze, welche langsam vom Vaginalschleim ausgelaugt wird. Wie auch schon Liepmann in der obengenannten Gesellschaft gesagt hat, ist die Pulverbehandlung recht wesentlich unterschieden von der Gazebehandlung. Das Pulver verschließt die Poren, und wenn es auch einen Teil der Bakterien einhüllt und dadurch unschädlich macht, so hindert es doch nicht, daß die in den Poren eingeschlossenen Bakterien ihre Wirkung entfalten. Die Gaze dagegen saugt sich in die Falten der Vagina hinein und infolge der langsamen und vollständigen Auslaugung könnte man von einer sogenannten Dauerspülung sprechen. Daß das Tryen vollständig ausgelaugt wird, ersieht man daraus, daß nach Entfernung der Gaze keinerlei Tryen mehr nachweisbar ist.

Zur Verwendung kam:

1. 10 proz. Gaze,
2. 10 proz. Tampons,
3. 10 proz. Urethralstäbchen,
4. 10 proz. Uterinstäbchen.

Behandelt wurden, wie schon gesagt, alle Arten von Fluor albus. Bei dem Fluor, der auf konstitutioneller Basis beruht (Chlorose, Tuberkulose), war die lokale Behandlung mit Tryen eine gute und nicht zu verachtende Unterstützung der Behandlung der Grundkrankheit. Es kann nicht genug betont werden, daß bei jedem Fluor unter keinen Umständen eine genaue Untersuchung des Körpers vernachlässigt werden darf, soweit eben der Fluor nicht ganz klar durch lokale Ursachen bedingt ist. Diese allgemeine Untersuchung und die allgemeine Behandlung, glaube ich, wird oft etwas vernachlässigt, in dem Bestreben, eine lokale Ursache, die der Patientin unangenehm ist, zu beseitigen, und es heilt, wie wir ja wissen, der Fluor sehr oft allein durch die Therapie der Grundkrankheit. Immerhin hat in Fällen des Fluors mit dieser Aetiologie das Tryen gute, unterstützende Dienste getan, und möchte ich es in weiteren Fällen nicht entbehren.

Die Hauptdomäne aber der Tryenbehandlung des weiblichen Ausflusses liegt meines Erachtens da, wo der Ausfluß bedingt ist sei es durch Entzündungserreger, durch Gonokokken oder andere Bakterien, oder durch Geschwülste und Verletzungen. Geradezu glänzende Erfolge habe ich beim gonorrhoischen Fluor gesehen. Die Technik der Tryenbehandlung ist folgende gewesen: Die Vagina wurde durch Wattetampons gesäubert und getrocknet. Es wurde dann unter Leitung des Spekulums die Tryengaze eingeführt und die ganze Vagina ausgestopft. Es muß besonders darauf geachtet werden, daß auch das hintere Scheidengewölbe gut mit der Gaze austapeziert ist; das scheint mir sehr wichtig zu sein, denn von dort unbehandelten Stellen aus kann es natürlich immer wieder zu einer neuen Infektion kommen. Ich sah dann unter dieser Behandlung, die 2—3 mal wöchentlich ausgeführt wurde, die akuten Erscheinungen in sehr kurzer Zeit schwinden. Der Ausfluß verlor sehr bald, nach 3 bis 4 Behandlungen, seinen eitrigen, ätzenden Charakter, nahm eine weißliche Färbung an, um dann in kurzer Zeit ganz zu verschwinden. Dabei kam es nie zu einer Aetzwirkung, auch habe ich es nie zu Epitheldefekten kommen sehen, die ja bei der bisher üblichen Behandlung mit Silbersalzlösungen allzuleicht eintraten. Klagten die Patientinnen über heftiges Brennen beim Urinieren infolge einer Urethritis gonorrhoica, so brauchte ich meistens nur einmal, höchstens zwei- bis dreimal ein 10 proz. Tryen-Urethralstäbchen in die Harnröhre einzuführen, um auch hier die Beschwerden in kürzester Zeit zum Schwinden zu bringen. Es konnten dann bei einer neuen Untersuchung im Urethralsekret keine Gonokokken mehr nachgewiesen werden.

Bei dem Ausfluß, der aus dem Uterus kommt, sei es aus der Cervix oder der Uterushöhle, bin ich zuerst so vorgegangen, daß ich nach geringer Dilatation des Cervixkanals diesen mit Tryengaze austamponierte und die Portio ganz in die Gaze einhüllte. Geschwüre der Portio

reinigten sich unter dieser Behandlung und es trat sehr schnell eine Epithelialisierung ein. Bei Erkrankung des Endometriums wagte ich nicht, aus demselben Grunde wie Abel (11), die Corpushöhle auszutamponieren; ich ging dazu über, 10 proz. Tryen-Uterinstäbchen einzuführen. Diese mir von Apotheker H. Noffke, Berlin, Yorckstraße, zur Verfügung gestellten Stäbchen haben eine andere, härtere Grundlage wie Kakaobutter; es fällt der von Abel gerügte Umstand, daß sie beim Einführen zerbrechen, fort. Zuerst führte ich sie mit einer langen Pinzette ein, zuletzt benutzte ich die von Noffke zu diesem Zwecke angegebene praktische „Uterinpistole".

Noffkes Uterinstäbchen mit 10 proz. Tryen haben eine harte Glyzerin-Gelatine-Grundlage. Sie lösen sich im Uterus glatt auf; die Konsistenz derselben ist fest. Die Uterinpistole besteht aus einer 20 cm langen gebogenen, oben etwas erweiterten Röhre und einem dazu passenden Bolzen; beide sind versilbert. Vor jedem Gebrauch wird das Instrument ausgekocht, alsdann wird es mit dem Bolzen in den Uterus eingeführt, der Bolzen herausgezogen, dafür das Tryenstäbchen hineingelegt und nun mit dem Bolzen das Stäbchen in den Uterus gestoßen. Uebrigens habe ich diese Uterinstäbchen in letzter Zeit auch zur Behandlung des Cervixkatarrhes benutzt, indem ich es dann nicht soweit vorschob, sondern wie einen Laminariastift liegen ließ.

Für den Praktiker würde es sich empfehlen, anstatt der Gaze, die allerdings in sehr handlicher und billiger Verpackung im Handel zu haben ist, 10 proz. Tryentampons zu verwenden, die ich mit gleich gutem Erfolge verwandt habe.

War der Fluor durch entzündliche Adnexerkrankung bedingt, so hat auch hier das Tryen mir gute Dienste geleistet, natürlich nicht in Form eines Allheilmittels, sondern im Verein mit den üblichen Behandlungsmethoden und als Vorbereitung für den operativen Eingriff.

So glaube ich denn auf Grund dieser Versuche feststellen zu können, daß das Tryen in der gynäkologischen Praxis sich einen dauernden Platz erwerben wird. Aber auch auf anderen Gebieten der Wundheilung werden sich günstige Erfolge erzielen lassen. Es kommt noch hinzu, daß das Präparat infolge seines billigen Preises sich in der Kassenpraxis Eingang verschaffen wird und daß es vor allen Dingen für die Patientin selbst infolge seiner absoluten Geruchlosigkeit und Reinlichkeit außerordentlich angenehm ist.

Literatur:

1, 2, 3. Nassauer: Münch. med. Wochenschrift, 1909, No. 15; Therap. Monatshefte, 1910, No. 6; Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 10 und 11.
4. Kraus: Zentralblatt f. Gynäkologie, 1910, No. 26.
5. Liepmann: Therap. Monatshefte, 1910, No. 12.
6. Abraham: Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk., 1910, No. 31.
7. Cronberg: Verhandlungen der Berliner mediz. Gesellschaft vom 11. Januar 1911.
8. Tojbin: Med. Klinik, 1911, No. 10.
9. Prager-Heinrich: Therapie der Gegenwart, 1912, No. 12.
10. Nassauer: Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung, 1912, No. 18.
11. Abel: Berliner med. Gesellschaft vom 4. Dezember 1912 und Berl. klin. Wochenschr, 1912, No. 53.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten).

Das neuerliche Auftreten des Rückfallfiebers in St. Petersburg und Deutsch-Ostafrika und seine Bekämpfung. Besprochen von San.-Rat Dr. **Kronecker** (Berlin-Steglitz).

Das Rückfallfieber, Febris recurrens, auch Typhus recurrens genannt, hat für Deutschland schon seit Jahrzehnten nur noch historisches Interesse. Vor 40 Jahren war das anders. Da gehörte die Rekurrens zu den wichtigsten und interessantesten Affektionen, mit welcher besonders die Kliniker sich eifrig beschäftigten. War sie doch eine der allerersten Infektionskrankheiten, bei welchen der Scharfblick Obermeiers bereits i. J. 1873 den Krankheitserreger in Gestalt der Spirochaeta Obermeieri völlig einwandfrei im Blute des fiebernden Patienten fand. Schon geraume Zeit vorher, in der zweiten Hälfte der 60 er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, hatte der geniale Prager Kliniker Pribram gemeinsam mit Robitschek bei Gelegenheit einer ausgedehnten Rückfallfieberepidemie in Prag ein wichtiges Symptom gefunden, welches sich in jener vorbakteriellen Zeit als exaktes differentialdiagnostisches Moment gegenüber dem Typhus abdominalis und exanthematicus ausgezeichnet werten ließ. Es gelang ihm nämlich der Nachweis, daß während der Rekonvaleszenz der Rekurrens eine gesteigerte Ausscheidung von Kochsalz durch die Nieren stattfindet, welche weder beim Typhus abdominalis noch beim Typhus exanthematicus vorkommt.

Das Studium der Geschichte der Rekurrens gewährt einen besonderen Reiz. Ist es doch ganz besonders dazu angetan, uns mit Freude und Genugtuung darüber zu erfüllen, daß wir es in der Volksgesundheitspflege innerhalb der letztvergangenen Dezennien erfreulich weit gebracht haben. Tatsächlich gibt es kaum eine zweite epidemische Erkrankung, deren Verbreitung in so ausgesprochenem Maße durch Schmutz und Verwahrlosung begünstigt wird, als das Rückfallfieber, welches im Volksmunde den ominösen Namen „Hungertyphus", „Kriegstyphus" führt.

Schon das erste sicher verbürgte Auftreten der Rekurrens in Europa ist hierfür recht charakteristisch. In den Jahren 1842 bis 1848 wütete die Seuche nämlich in Schottland und Irland, d. h. in Ländern, welche bei einer großen Dichtigkeit der Bevölkerung dank ihrer Latifundiewirtschaft und der geringen Ertragsfähigkeit des Bodens sich durch eine ganz besonders traurige Lage ihrer Arbeiterbevölkerung unrühmlich auszeichneten. Von Hygiene und sozialer Gesetzgebung aber waren damals selbst in Großbritannien noch nicht einmal die schüchternsten Anfänge zu spüren. Erst das Elend, welches neben dem Hungertyphus besonders die Cholera brachte, verbunden mit dem ungeahnt schnellen Wachstum der Industriestädte, brachte es zuwege, daß England in den 50 er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zur Geburtsstätte der modernen Hygiene wurde.

Deutschland blieb vorerst, namentlich in bezug auf Sauberkeit der Lebenshaltung, gegen Großbritannien weit zurück, obwohl auch hier die Industrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen rapiden Aufschwung nahm. Da darf es kaum wundernehmen, daß der „Hungertyphus" auch in unserem Vaterlande seinen Einzug hielt. Hier waren es vor allem die dichtbevölkerten Fabrik- und Bergwerksdistrikte Oberschlesiens mit ihrer wenig sauberen polnischen Bewohnerschaft, welche schwer zu leiden hatten. Die preußische Regierung sah sich schließlich veranlaßt, Rudolf Virchow zum Studium der Epidemie in die verseuchten Gebiete zu senden. Seine mit echt Virchowscher Klarheit und Offenheit abgefaßten Berichte[1]) entwarfen ein anschauliches Bild von der unglaublichen Verwahrlosung und Unsauberkeit, welche damals gleichmäßig in den Städten wie auf dem platten Lande Oberschlesiens unter dem ungebildeten, in Schmutz und Aberglauben verkommenden, der deutschen Sprache fast gar nicht mächtigen Proletariat herrschte. Die Maßregeln, welche die Regierung nunmehr ergriff, beseitigten die schreiendsten Mißstände und führten damit auch zu erheblicher Verringerung der Erkrankungsziffern. In den Jahren 1872 und 1873 trat die Rekurrens auch in Berlin und Breslau epidemisch auf, was in Ansehung der damals dort noch höchst mangelhaften hygienischen Verhältnisse kaum wundernehmen durfte. Wissen wir doch jetzt, daß es vorzugsweise das an Tieren und Menschen haftende Ungeziefer: Flöhe, Wanzen und Läuse, ist, welches die Spirochäten von einem Individuum auf das andere überträgt. Und gerade die Entwicklung dieser Schmarotzer wurde durch die in jener Zeit massenhaft in den verschlammten Rinnsteinen der Großstädte lebenden Ratten außerordentlich gefördert. Das eine Gute hatte jene Epidemie freilich, daß sie zur Entdeckung der Spirillen im Blute der Rückfallfieberkranken durch Obermeier (Berlin) führte, dem ersten schüchternen Schritte auf der Siegesbahn der modernen Pathologie und Hygiene, welche durch die Entdeckung der organisierten Krankheitserreger der Welt sehr bald ein ganz neues Angesicht verleihen sollte.

Die letzte größere Ausdehnung gewann die Rekurrens in Deutschland in den Jahren 1879 und 1880, in welchen sie noch einmal zahlreiche Plätze Mittel- und Norddeutschlands heimsuchte. Auch Referent hatte damals als Student der Medizin in Leipzig Gelegenheit, die Krankheit in dem dortigen Universitätskrankenhause zu beobachten. Befallen wurden ausschließlich Leute der untersten Bevölkerungsschichten, vor allem aus der großen Klasse der umherwandernden Handwerksburschen, Stromer und Zigeuner. In Leipzig waren es vorzugsweise ungarische Drahtbinder, welche im nahen Weißenfels ihr Hauptquartier aufgeschlagen hatten. Angehörige dieser Zunft kamen rückfallfieberkrank nach Leipzig und wurden aus den Herbergen in das Jakobshospital überführt. Da sie dort eine für ihre Verhältnisse geradezu luxuriös zu nennende Aufnahme und Verpflegung fanden, benachrichtigten sie ihre Kollegen in Weißenfels von dem Glück, welches ihnen in den Schoß gefallen war. Diese ließen sich das nicht zweimal sagen, sondern kamen, sobald sie sich unwohl fühlten, in überfüllten Wagen 4. Klasse angereist, um sich gleichfalls bei den Fleischtöpfen des Leipziger Jakobs-

[1]) Rudolf Virchow: Ueber den Hungertyphus. Berlin 1868.

krankenhauses von dem harten Leben in den Weißenfelser Herbergen zu erholen. Daß ein derartiges Verfahren der zu jener Zeit freilich noch recht primitiven Eisenbahn- und Kommunalhygiene nicht gerade förderlich war, steht außer Zweifel. Uebrigens verlief die Epidemie recht mild. Die Mortalität betrug knapp 2 pCt. Es starben ausnahmslos nur solche Individuen, welche sich vor ihrer Aufnahme in das Hospital längere Zeit mit ihrer Krankheit herumgeschleppt hatten.

Diese Epidemie von 1879/80 war gleichsam der Schwanengesang des epidemischen Auftretens der Rekurrens in unserem Vaterlande. Die rapide Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege machte der vergleichsweise leicht zu bekämpfenden Krankheit schnell den Garaus. In anderen Ländern Europas freilich, wo man es mit der Reinlichkeit, der Pflege des Körpers, der Kleidung und Wäsche nicht so genau nimmt als in Deutschland, war und blieb das Rückfallfieber ein häufiger Gast. Besonders oft und intensiv wurde Rußland noch bis in die letztvergangenen Jahre heimgesucht. Das ist nicht verwunderlich; denn während bei unseren östlichen Nachbarn die eigentliche Körperreinigung in leidlich genügendem Maße geübt wird — Beweis die dort so beliebten, auch von uns adoptierten russischen Bäder —, schenkt der Russe der Vernichtung des Ungeziefers, namentlich der Kleiderläuse, noch viel zu wenig Beachtung. Selbst in der hocheleganten, schwerreichen Hauptstadt St. Petersburg [2]) trat das Rückfallfieber bis in die jüngste Zeit regelmäßig mit geringen Pausen auf. Schon in den Jahren 1895 und 1896 kam es dort zu einer heftigen Epidemie mit 3399 Erkrankungen. Den Herd derselben bildeten die Nachtasyle, jene damals noch sehr unsauberen Herbergen für das „fahrende Volk", das Obdach der Gelegenheitsarbeiter, Vagabunden und Trödler aller Rassen. Während in ganz Petersburg zu jener Zeit die Gesamtsumme der Erkrankungen 3399 betrug, entfielen auf die Nachtasyle allein deren 1776, d. h. 52 pCt. der Gesamtmorbidität, obwohl die Zahl der Gäste aller Nachtasyle von St. Petersburg zusammen knapp 0,8 pCt. der Einwohnerschaft der Stadt umfaßte. Mithin war die Ziffer der Erkrankungen innerhalb der Nachtasyle 65 mal größer als diejenige der gesamten Einwohnerschaft der russischen Metropole.

Während des letzten größeren epidemischen Auftretens des Rückfallfiebers, welches in das Jahr 1908 fiel, betrafen von den 7695 Erkrankungen 35 pCt. die Nachtasyle, d. h. es erkrankten nicht weniger als 139,2 Prom. unter den Nachtasylinsassen, dagegen nur 4,9 Prom. der übrigen Bewohnerschaft Petersburgs.

Diese auffällige Tatsache gab der Stadtverwaltung Anlaß, 12 besondere Aerzte für jene Herbergen anzustellen. Letztere entwickelten nun unter Leitung des bekannten Bakteriologen Gamale eine rege Tätigkeit, und sehr bald ging die Erkrankungsziffer in den Nachtasylen auf knapp den zehnten Teil der vormaligen Ziffer herab. Aus den epidemiologisch recht bemerkenswerten Ausführungen Forstmanns ist die interessante Beobachtung hervorzuheben, daß die überwiegende Mehrzahl der Rekurrens-Erkrankungen die mohammedanischen Tartaren betraf. Diese Tatsache verdient deshalb Beachtung, weil die Tartaren sich in Petersburg, wo den Juden der Aufenthalt offiziell nicht gestattet ist, beinahe ausschließlich mit dem An- und Verkauf getragener Kleider beschäftigen. Die Tartaren rasieren sich nun aber nach moslemitischem Brauche Kopf und Schamteile, so daß bei ihnen eine Uebertragung der Rekurrensspirillen durch Pediculi capitis völlig ausgeschlossen bleibt. Sie findet lediglich durch Kleiderläuse statt, was sich ungezwungen aus dem Beruf jener Leute als Althändler erklären läßt. Diese Tatsachen decken sich durchaus mit den Beobachtungen von Sergeant und Foley [3]), welche bei Gelegenheit einer Rückfallfieberepidemie in Beni-Ounif (Südoran, Algier) konstatierten, daß in den verseuchten Distrikten zur fraglichen Jahreszeit Stechmücken und Flöhe völlig fehlten. Wanzen und Zecken, welche, wie wir weiter unten sehen werden, besonders in den warmen Ländern die Uebertragung der Spirillen mit Vorliebe vermitteln, wurden nur an zwei Stellen gefunden, welche indessen von den Erkrankten nachweislich niemals aufgesucht worden waren. Hingegen entdeckte man bei allen Patienten ausnahmslos Kleiderläuse in gewaltiger Menge.

Die Autoren setzten Wanzen und Zecken einer Anzahl von Rückfallfieberpatienten an und ließen sie ihr Blut saugen. Wohl fanden sich darnach in letzterem Spirillen; dieselben erwiesen sich aber viel weniger lebenskräftig als diejenigen, welche das von den Kleiderläusen gesogene Blut enthielt. Jenen Befunden entsprachen auch die Experimente, welche später in Paris mit dorthin übersandten Zecken, Wanzen und Läusen angestellt wurden. Denn nur eine aus Läusen gewonnene Emulsion, welche man einem Affen unter die Haut spritzte, war imstande, wieder Rekurrens zu erzeugen.

In einer zweiten Arbeit berichten Sergeant und Foley [4]), daß ihnen eine Uebertragung von Rekurrens auf Affen, Ratten und Mäuse gelang. Als Ueberträger kamen nur Kleiderläuse und Argus persicus in Frage. Mit Kleiderläusen konnte man zweimal Infektion erzielen, indem Läuse von Patienten, welche ihren ersten Anfall durchmachten, unter die Kleider zweier Versuchspersonen gebracht wurden.

In St. Petersburg bestand die Bekämpfung des Rückfallfiebers in den Nachtasylen ausschließlich in Vernichtung der Parasiten: der Wanzen, Flöhe und namentlich der Läuse, mittels Desinfektion. Man desinfizierte: 1. vor allem die Kleider und die Wäsche der Asylgäste, 2. die Räumlichkeiten, 3. die Menschen selbst.

Für Kleider und Wäsche erwies sich das System „Helios" von Sieferdt (Petersburg) am meisten geeignet. Der Apparat besteht aus einer Kammer von Wellblech, unter welcher sich ein mit Ziegeln ausgelegter Heizraum befindet. In der Kammer liegt eine von außen drehbare Trommel, an welcher die Kleider frei oder in Säcken aufgehängt werden. Eine zweite Vorrichtung dient zum Begießen der Heizfläche mit Wasser, wodurch der in der Kammer befindlichen Luft Feuchtigkeit zugeführt wird. Die Höchsttemperatur innerhalb der Kammer beträgt 150° C. Eingehende bakteriologische Untersuchungen haben bewiesen, daß der Apparat ausreicht, um nichtsporenhaltige Bakterien bereits in 20 Minuten bei 110° C. abzutöten. Er arbeitet schnell und wohlfeil. Eine Kammer, welche ca. 500 M. kostet, bedient ein Asyl für 500 Personen. Sie verdirbt die Sachen in keiner Weise. Die Kleider trocknen und der Gast empfängt sie warm zurück, ein Umstand von großer Bedeutung, welcher bewirkt, daß die Asylgäste ihre Kleider sehr gern an die Kammer abliefern. Endlich vermag jedermann ohne alle technische Vorkenntnisse jenen Apparat zu bedienen.

Punkt 2: Desinfektion der Räumlichkeiten betreffend, so hatte man es mehr mit Flöhen und Wanzen zu tun, da die trägen Läuse nur selten ihren Wirt verlassen. Am besten bewährte sich hier feuchte Reinigung der Räume, besonders, wenn hierbei Sägespäne zur Verwendung gelangten, mit denen viele Flöhe entfernt werden. Zur Vernichtung der Parasiten bedient man sich mit Vorteil heißen Wasserdampfes, welcher in einem tragbaren Kessel entwickelt, durch einen Gummischlauch mit Ansatz gegen die Wände und Decken des Zimmers gerichtet wird. Auch die Flamme einer Benzinöllampe kann man benutzen; doch ist diese Methode wegen ihrer großen Feuersgefahr nicht überall brauchbar.

Bei Punkt 3: Desinfektion des Individuums, galt es vor allem, die Pediculi pubis und capitis abzutöten. Ersteres erreichte man leicht durch Perubalsam. Der Kampf gegen letztere gestaltet sich schwieriger, weil ihre Eier fest an den Haaren haften und von einer undurchlässigen Hülle umgeben sind. Hier bewährte sich sehr gut Bestäubung der Kopfhaut mit Xylol. Leider erheischt diese Methode große Vorsicht wegen Feuersgefahr. Indessen läßt sich die Entzündlichkeit des Xylols durch Zusatz von Salmiak, Styrax oder Terpentin herabmindern. Man bedient sich zu diesem Behufe eines gewöhnlichen Pulverbläsers und schützt Auge und Gesicht durch ein Handtuch, mit welchem später der Kopf getrocknet wird.

Die großen Erfolge bei Bekämpfung der Rekurrens in Petersburg sind also in erster Linie auf die planmäßige Vernichtung der Ektoparasiten zurückzuführen. (Fortsetzung folgt.)

Dr. **Eduard Kahn** (Nürnberg): **Zum Nachweis der „Tuberkelbacillen" im strömenden Blut.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Verf. kam unabhängig von Bacmeister und Rueben bei seinen Untersuchungen zu dem gleichen Resultat: es ist völlig unzureichend und irreführend, lediglich aus der mikroskopischen Untersuchung des Blutes auf die Anwesenheit von Tuberkelbacillen schließen zu wollen; es werden dabei Gebilde für Tuberkelbacillen gehalten, die gar keine sind. Allerdings ist nicht die Schnittersche Methode allein die Ursache der Fehler; es sind vielmehr bei keiner Methode Irrtümer auszuschließen, weil im Blut sich genügend Substanzen finden, die unter gewöhnlichen Verhältnissen schon säurefest sind. Speziell die auf keine Weise vorbehandelten Hüllen der Erythrocyten sind in hohem Grade säurefest; aber auch wenn man die leeren Blutkörperchenhüllen in derselben Weise, wie sonst das genuine Blut, nach Stäubli und Schnitter (Behandlung mit 3 proz. Essigsäure und mit Antiformin) auflöst, lassen sich noch reichlich säurefeste Elemente nachweisen. Man trifft dann viele Gebilde, die in Gestalt und Färbung ganz den Tuberkelbacillen gleichen. Auch Fibrinflocken aus Hammel- und Pferde-

[2]) Ernst Forstmann, Oberstabsarzt der kaiserlich russischen Marine: Das Rekurrensfieber in St. Petersburg. Menses Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. Jahrg. 1910, Bd. 14, S. 671 ff.

[3]) Edm. Sergeant et H. Foley: Fievre recurrente de Sud-Oranais et Pediculus vestimenti. Bull. de la Soc. exact, Bd. 1, No. 3, S. 174—176.

[4]) Sergeant et Foley: Recherches sur la fievre recurrente. Annales Pasteur, 1910, 24, S. 337.

blut besitzen, nach der Antiforminmethode vorbehandelt, eine Säurefestigkeit, die hinreicht, um Tuberkelbacillen vorzutäuschen. — Für den Nachweis der Tuberkelbacillen im Blut ist also lediglich der Tierversuch von Wert. R. L.

Josef Vogl, Demonstrator der deutschen medizin. Klinik in Prag: **Zur Röntgendiagnose der miliaren Lungentuberkulose.** (Prager med. Wochenschr., 1912, No. 40.)

Für die Diagnose der Lungentuberkulose ist der Wert des Röntgenverfahrens allgemein anerkannt. Die Röntgenuntersuchung reiht sich in dieser Beziehung den früheren Untersuchungsmethoden ebenbürtig an; sie bestätigt in vielen Fällen deren Resultate; oft stellt sie auch dieselben richtig und ergänzt sie. Die Möglichkeit aber, die miliare Lungentuberkulose auf der Röntgenplatte nachweisen zu können, wird bisweilen noch bezweifelt. Einwandfreie Berichte über so festgestellte Miliartuberkulose stammen erst aus den letzten Jahren. Es ist das moderne Schnellaufnahmeverfahren, das durch die Möglichkeit, Thoraxaufnahmen in Bruchteilen einer Sekunde in außerordentlicher Schärfe herzustellen, die Erkennung feinster Veränderungen auf der Platte gestattet. Da Aufnahmen von mehreren Sekunden Dauer in Atemstillstand wegen der Atemnot solcher Patienten nur selten gemacht werden können, ist besonders dort, wo die neuesten „Blitzapparate" nicht zur Verfügung stehen, die Verwendung eines guten Verstärkungsschirmes für diesen Zweck unerläßlich. Es hat sich bei den Untersuchungen der Prager medizinischen Klinik herausgestellt, daß mit Expositionszeiten von 0,03 bis 0,05 Sekunden mittels Verstärkungsschirm Lungenbilder erzielt werden, welche Blitzaufnahmen an Güte kaum nachstehen.

Verf. hatte in der Prager medizinischen Klinik Gelegenheit, eine miliare Lungentuberkulose auf Grund der Röntgenuntersuchung nachzuweisen, und teilt in vorliegender Arbeit die Krankengeschichte mit. Es wurde bei einem 20 jährigen Patienten mit chronischer Tuberkulose der Oberlappen durch die Röntgenaufnahme (0,05 Sekunden Expositionszeit) mit Sicherheit Miliartuberkulose in den sonst von Tuberkulose freien Lungenpartien nachgewiesen. Auch in einem im Beginn der pneumonischen Anschoppung stehenden Lungenbezirk waren die miliaren Knötchen deutlich sichtbar. Die neueren Angaben, daß man die einzelnen Knötchen deutlich sehen kann, erfahren durch vorliegenden Fall eine weitere Stütze. Kr.

Privatdozent Dr. **Hans Iselin** (Basel): **Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbestrahlung.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 7—8.)

Verf. berichtet zusammenfassend über seine Ergebnisse bei der Röntgenbestrahlung chirurgischer, tuberkulöser Herde. Regelmäßige Gewichtsbestimmungen haben darnach ergeben: 1. daß der Körper in der Röntgenreaktionszeit sein Gewicht in etwa 70—80 pCt. der Beobachtungen um etwa 1 kg nach der Bestrahlung des tuberkulösen Herdes vermehrt; 2. daß sich eine Körpergewichtszunahme fast mit jeder Sitzung wiederholt und daß mit dieser Gewichtszunahme eine Umfangsverminderung in der Gegend des Krankheitsherdes einhergeht. Der Gewichtsverlust des tuberkulös Erkrankten wird durch Giftbildung im tuberkulösen Herde verursacht. Die Körpergewichtszunahme, die der Röntgenbestrahlung folgt, und die Abschwellung des kranken Gliedes sind als Folgen einer teilweisen Entgiftung des tuberkulösen Herdes aufzufassen. Die Gewichtszunahme kommt vermutlich durch vermehrte Wasseraufnahme und Abschwellung des kranken Gliedes und in der Anfangszeit wenigstens durch Verbesserung der Zirkulation zustande. Der weitere Anstieg der Gewichtskurve und die Abnahme der entzündlichen tuberkulösen Schwellung sind ein deutlicher Ausdruck der Heilkraft der fortgesetzten Röntgenbestrahlung. Der Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose stehen zwei Wege offen: Bei leichteren Formen wird sie versuchen, durch wiederholte schwache Belichtung den Herd zu entgiften und der Resorption zugänglich zu machen. Bei schwereren Erkrankungen wird eine stärkere Bestrahlung einsetzen müssen; diese bezweckt nicht nur, das tuberkulöse Gewebe zum Zerfall zu bringen, sondern sie ist bestrebt, mit energischer Tiefenbestrahlung durch Gefäßschädigung im tuberkulösen Herde und seiner Umgebung, die Schrumpfung des Granulationsgewebes und Narbenbildung zur Folge hat, die Abkapselung und Ausschaltung des tuberkulösen Herdes aus dem Körper zu befördern.

Prof. **Erich Hoffmann** (Bonn): **Ueber akute syphilitische Nierenentzündung in der Frühperiode [Nephritis syphilitica acuta praecox].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Verf. schildert das seltene Krankheitsbild der akuten syphilitischen Nephritis, von der er bisher 6 schwere Fälle selbst beobachtet hat, an zwei Beispielen, deren Krankengeschichte er genauer mitteilt, eine davon noch aus der Vorsalvarsanperiode. Die Nephritis syphilitica acuta praecox kennzeichnet sich nicht selten durch den enormen Eiweißgehalt des (3—8—13 pCt.) Urins und tritt am häufigsten in der Eruptionsperiode, mitunter schon vor der Roseola, auf. Sie kann sich durch plötzliches Auftreten von starken Oedemen und Hydrops verraten oder aber ganz unmerklich beginnen. Für ihre Diagnose ist der Befund von reichlichen Spirochaetae pallidae im Sediment des evtl. durch Katheter entnommenen Urins wertvoll. Die Prognose dieser akuten syphilitischen Frühnephritis ist nicht ungünstig; in der Mehrzahl der Fälle gelingt durch spezifische Therapie die völlige Beseitigung der Albuminurie, manchmal bleiben geringe Spuren von Eiweiß zurück; tödlicher Ausgang ist selten. Die Behandlung ist in der Weise zu leiten, daß zunächst intravenöse Salvarsaninjektionen von 0,2 g (in 0,4 proz. NaCl-Lösung) mit Inunktionen von 2,5 g grauer Salbe zugleich gegeben und nach Rückgang der Albuminurie Volldosen (0,4 g Salvarsan alle 7 Tage und täglich 4—5 g Ung. ciner.) weiter dargereicht werden, bis etwa 2 g Salvarsan und 160—200 g Ung. ciner. verabreicht sind. Bei einem solchen Vorgehen wird ein Neurorezidiv am besten verhütet, und ein dauernder Erfolg ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Oder man kann zunächst mit Salvarsan allein behandeln und erst nach Rückgang der Albuminurie mit der Hg-Kur (auch dann anfangs mit kleinen Dosen) beginnen.

Paul Wahle (Cöln): **Zwei Fälle von Neosalvarsanvergiftung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Wie Verf. berichtet, wurden in der Klinik für Hautkrankheiten der Cölner Akademie für praktische Medizin zunächst etwa 500 intravenöse Neosalvarsaninjektionen ohne nennenswerte Nebenwirkungen gemacht, und zwar mit der Anfangsdosis 0,9 nach E. Schreiber. Um so überraschender kamen wenige Tage hintereinander 2 Fälle, in denen nach intravenöser Injektion von 0,9 Neosalvarsan schwere Intoxikationserscheinungen auftraten. Im ersten Falle (21 jähriger Student) trat zunächst Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz, Temperaturerhöhung (38°) auf. Die subjektiven Beschwerden hielten an; objektiv fand sich nach zwei Tagen schwere akute Nephritis (20 Prom. Albumen im Harn, zahlreiche hyaline und granulierte Zylinder, Epithelien und rote Blutkörperchen). Die Nierenentzündung ging in den nächsten Tagen zurück und nach etwa 8 Tagen war der Urin eiweißfrei. Eine später eingeleitete Schmierkur wurde gut vertragen. Schwerer verlief der zweite Fall (22 jähriger Friseur). Hier trat ½ Stunde nach der Injektion Schüttelfrost, Uebelkeit, Temperatursteigerung (38°) auf, nach 1½ Stunden begann starkes Erbrechen; es wurden nunmehr Albuminurie (2 Prom.) und vereinzelte hyaline und granulierte Zylinder und rote Blutkörperchen im Urin festgestellt. Die Erscheinungen nahmen in den nächsten Tagen weiter zu; das Erbrechen dauerte an. Zwei Tage lang bestand Anurie; erst durch rektale Kochsalzinfusionen, Venaesectio und intravenöse Kochsalzinfusion kam die Urinsekretion allmählich wieder in Gang; inzwischen ging die Nephritis zurück, der Urin wurde eiweißfrei. Es trat dann noch eine Pneumonie sowie eine Pleuritis exsudativa hinzu; schließlich wurde der Patient geheilt und konnte sich einer Schmierkur unterziehen. Irgendwelche technischen Fehler wurden bei den beiden Injektionen nicht gemacht. Aus den nämlichen Neosalvarsanpaketen und mit demselben destillierten Wasser wurden andere Patienten injiziert, ohne daß Neberwirkungen eintraten. Derartige Nebenwirkungen lassen sich, wie es scheint, im Einzelfall nicht verhüten. R. L.

Medizinalrat Dr. **L. Kürt**: **Zur dorsalen Auskultation des Herzens und der Gefäße.** (Wiener klin. Wochenschr., 1913, No. 3.)

Die dorsale Auskultation des Herzens und der Gefäße wurde bisher diagnostisch verhältnismäßig wenig verwertet. Die Ursache liegt darin, daß man im allgemeinen von den Schallerscheinungen des Herzens am Rücken in vielen Fällen wenig, hier und da auch nichts zu hören bekommt. Die bisherigen in der Literatur bekanntgegebenen Resultate sind mithin recht spärlich, obwohl eine genaue Beobachtung der Herz- und Gefäßerscheinungen am Dorsum in manchen Fällen die Diagnose erleichtern könnte. Verf. pflegt seit einem Jahre den dorsalen Befund zu berücksichtigen und hat in dieser verhältnismäßig kurzen Zeit manches beachtenswerte Resultat aufzuweisen. Unter normalen Verhältnissen sind dorsal die Herztöne im Kindesalter in der Regel in den vorgeschrittenen Altersperioden seltener zu hören. Sie erscheinen im allgemeinen links von der Wirbelsäule deutlicher als rechts. Der Akzent liegt zumeist auf dem zweiten Ton. Am deutlichsten sind die Töne bei unmittelbarem Anlegen des Ohres an den Rücken nachzuweisen. Lokalisation der Herztöne: 1. Ein akzentuierter erster Ton, der zum größten Teile auf die Mitralklappe zu beziehen sein dürfte, wird in pathologischen Fällen, und zwar am deutlichsten in den linken unteren dorsalen Partien, beobachtet: a) ziemlich häufig bei kachektischen Individuen, eine Erscheinung, die auf schlechte Füllung des linken Ventrikels bezogen werden könnte; b) bei mäßiger Hypertrophie des linken Ventrikels, namentlich häufig im Frühstadium der Atherosklerose; c) bei Mitralstenose (diagnostisch bei gleichzeitigem Lungenemphysem zu verwerten). 2. Der akzentuierte zweite Pulmonalton ist in der Höhe des vierten Brustdorns, namentlich rechts von der Wirbelsäule, der

akzentuierte zweite Aortenton in der Höhe des ersten oder zweiten Brustdorns rechts und links neben der Wirbelsäule zu suchen. — Lokalisation der Klappengeräusche: 1. Aortengeräusche findet man am ausgesprochensten in der Höhe des ersten oder zweiten Brustdorns rechts und links von der Wirbelsäule. Es sind zumeist Stenosengeräusche; das diastolische Geräusch ist minder häufig zu hören. Bei auf Mesaortitis luetica beruhender Aorteninsuffizienz kommen besonders laute und rauhe diastolische Geräusche vor. 2. Geräusche im Stromgebiet der Lungenarterie haben das Punktum maximum bei Auskultation in der Mittellinie über dem vierten Brustdorn, bei Auskultation längs der rechten Seite der Wirbelsäule in der Höhe des genannten Dorns. Die genaue Lokalisation des Geräusches unterstützt die Diagnose bei Stenose des Pulmonalostiums, bei Embolie, Thrombose oder Kompression der Lungenarterie oder ihrer Hauptäste, bei Atherosklerose der Pulmonalis, in den seltenen Fällen von Insuffizienz der Pulmonalklappen, dann bei offenem Ductus Botalli. Die genaue Lokalisation des systolischen Geräusches ist differentialdiagnostisch zu verwerten, wenn eine Stenose des Pulmonalostiums auseinandergehalten werden soll vom einfachen Septumdefekt oder von einzelnen Fällen einer Aortenstenose oder endlich von einzelnen Fällen einer Mitralinsuffizienz. Weiterhin ist die Lokalisation beachtenswert zur richtigen Deutung eines systolischen oder auch diastolischen Geräusches bei der Differentialdiagnose einer Endokarditis der Aorten- und Pulmonalklappen, dann beim Auseinanderhalten eines Aneurysmas des Aortenbogens und dem der Lungenarterien. 3. Mitralgeräusche haben ihr Punctum maximum in der großen Mehrzahl der Fälle unterhalb des sechsten Brustdorns, und zwar links von der Wirbelsäule. Das Geräusch kann hier und da rückwärts deutlicher sein als vorne, so manchmal bei lautem ersten Ton, in einzelnen Fällen von Lungenemphysem oder bei einem abgesackten perikardialen Exsudat. Bei stark ausgedehntem linken Vorhof ist wiederholt rechts von der Wirbelsäule usw. unterhalb des fünften Brustdorns ein Punctum maximum für das fortgeleitete Mitralgeräusch beobachtet worden. Zumeist war es ein systolisches Geräusch; diastolische werden daselbst sehr selten hörbar.

Dr. **A. Zografides**, Vorstand der laryngo-otologischen Abteilung an der städt. Klinik zu Piraeus, Athen: **Catarrhus chronicus hypertrophicus der Tonsilla lingualis.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 52.)

In der Medulla oblongata befindet sich eine Anzahl von Reflexzentren, welche geordnete Bewegungen zur Auslösung gelangen lassen. Durch diese Art des Reflexes werden viele Phänomene erklärt, als: Asthma, Ohrhusten, Auslösen des Hustens durch Berührung der Schleimhäute des Rachens, des Zungengrundes, des Larynx und der Trachea usw., welche durch Reizung des Vagus direkt oder indirekt durch seine Anastomosen reflektorisch Husten erzeugen. So erklärt sich auch der Anfallshusten, den man oft bei Katarrh der hypertrophischen Zungentonsillen beobachten kann. Die Tonsillen wirken wahrscheinlich entweder durch Druck oder durch innere Sekretion auf den Ramus internus vagi, durch welche Reizung ein charakteristischer, keuchhustenähnlicher Anfallshusten entsteht. Dieser Husten ist so stark, daß sehr oft die von ihm befallenen Patienten cyanotisch werden; die Augen tränen, die Patienten müssen erbrechen und werden zuletzt ganz matt und angegriffen. Auch der Stridor ist nichts Ungewöhnliches bei diesem Husten und die Patienten werden durch ihn ganze Nächte hindurch ihres Schlafes beraubt. Die Schleimabsonderung ist im Verhältnis zum Husten oft nicht allzu groß. Bei solchen Patienten wird keine Exulzeration am Frenulum linguae bemerkt, was sonst bei Keuchhusten so häufig vorkommt. Was das Alter anbelangt, werden meist Kinder von einem Jahre an davon betroffen. Auch die Erregbarkeit der Patienten spielt zuweilen eine gewisse Rolle; daß aber der Husten nicht nervös ist, erklärt sich dadurch, daß er bei Nacht wie bei Tag gleich auftritt und daß die Schleimabsonderung oftmals ziemlich groß ist. Die meisten Patienten haben ein ganz gesundes, ja sogar blühendes Aussehen. Außer dem Husten verrät bei ihnen nichts das Leiden, von dem sie heimgesucht sind. Dieser Husten raubt den Patienten die Ruhe bei Tag und bei Nacht. Sie haben ein fortwährendes Kitzelgefühl in der Larynxgegend und wenn man mit einer Larynxsonde den Zungengrund berührt, bekommen sie den charakteristischen Husten fast regelmäßig.

Die Therapie besteht in der einfachen Zerstörung der Geschwülste, und wenn diese unbedeutend sind, genügen manchmal einfache Pinselungen mit Lapislösung (10—15 proz.). Wenn die Geschwülste aber stark vergrößert sind, betrachtet man sie als Neugebilde und trägt sie radikal ab. Zu dieser radikalen Therapie wendet Verf. immer einen gebogenen galvanokaustischen Flachbrenner an, welchen er breit auf die Tonsillen ansetzt. Kr.

Chirurgie.

Hofrat Dr. **A. Theilhaber** (München): **Die Prophylaxe der Carcinome.** (Wiener klin. Wochenschr., 1913, No. 1.)

Auf gesundem Boden entsteht selten oder sogar wahrscheinlich niemals ein Carcinom. Die Erkrankung, die der Carcinombildung meist vorausgeht und die meist als die eigentliche Ursache der Entstehung des Krebses anzusehen ist, ist eine hochgradige Atrophie des subepithelialen Bindegewebes mit Schrumpfung der Bindegewebszellen, Verminderung ihrer Zahl, Stenose der Blutgefäße. Die häufigsten Ursachen, die zu dieser Erkrankung des Bindegewebes führen, sind Traumen, Narben und chronische Entzündungen. Die hierdurch betroffenen Stellen werden „narbig" oder „narbenähnlich" verändert. Daselbst sind die Gefäße spärlich und meist verengt, die Bindegewebszellen ebenfalls spärlich und teilweise geschrumpft; die Proliferationskraft der letzteren ist vermindert. Im „Grenzkriege" zwischen Epithel und Bindegewebe werden nun die Bedingungen für die Vermehrungsmöglichkeit der Epithelzellen wesentlich günstigere. — Kann die Erkrankung des Bindegewebes geheilt, seine Ernährung rechtzeitig gebessert werden, so wird es häufig möglich sein, der schrankenlosen Vermehrung der Epithelzellen, der „carcinomatösen Degeneration", vorzubeugen. Eines der häufigsten traumatischen Carcinome ist der Krebs der Brustdrüse. Etwa ein Drittel der Brustdrüsenkrebse, die Verf. gesehen hat, waren durch eine Verletzung entstanden: Jedesmal war nach dem Unfalle eine Schwellung bemerkt worden, die sich nicht vollständig zurückbildete und aus der nach kürzerer oder längerer Zeit sich die maligne Geschwulst entwickelte. Es ist deshalb anzuraten, nach jeder Verletzung der Mamma so lange energisch zu behandeln, bis auch jede Spur einer Geschwulst und Empfindlichkeit geschwunden ist. Für diese Behandlung empfiehlt sich neben feuchten Umschlägen vor allem auch Massage, Anwendung der Saugglocke, im späteren Stadium Heißluft und, wenn möglich, Diathermie. Von den nicht durch Traumen entstandenen Mammacarcinomen wird ein nicht unbeträchtlicher Teil durch die Residuen einer Mastitis veranlaßt. Man sollte deshalb jeder Patientin, die eitrige Mastitis hatte, empfehlen, in jedem Jahre einige Male mehrere Wochen hindurch die Narben und ihre Umgebung zu hyperämisieren. Der Umstand, daß der Brustkrebs sich häufiger bei nichtstillenden Frauen findet, ist ein weiterer Grund, die Propaganda für das Stillen recht energisch zu betreiben. Der Druck des Korsetts hat nach Verf. schon manches Carcinom verursacht; auch dies ist ein Fingerzeig für die Verhütung. Beim Krebs des Gebärmutterhalses spielt das Geburtstrauma eine wichtige Rolle. Wenn Verf. an den Genitalien aus irgendeinem Grunde operiert, pflegt er deshalb solche Vaginalportionen, die durch Geburten stark zerquetscht wurden, zu amputieren resp. in einer ähnlichen Weise zu exzidieren, wie es Karl Schröder seinerzeit für die Operation des Ektropiums empfohlen hatte. Von Verfassers Fällen von Krebs des Gebärmutterkörpers war ein Teil auf dem Boden alter Gonorrhöen entstanden; sorgfältige Behandlung dieser Erkrankung hätte wohl bei manchen dieser Patientinnen dem Carcinom vorgebeugt. Hautkrebse entstehen meist auf dem Boden alter Entzündungen der Haut oder von Narben; es ist also auch hier zuweilen nicht schwierig, eine erfolgversprechende prophylaktische Behandlung einzuleiten. Das Mastdarmcarcinom findet sich oft bei alten Beamten: Es deutet dies wahrscheinlich darauf hin, daß die sitzende Lebensweise, die Stuhlverstopfung und die Hämorrhoidalaffektion wahrscheinlich zu dieser Prädisposition Veranlassung geben. Die statistischen Untersuchungen haben gezeigt, daß der Krebs der Mundhöhle, des Rachens, der Speiseröhre, des Kehlkopfes usw. sich besonders häufig bei Alkoholisten, Syphilitikern und starken Rauchern entwickelt. Auch für diese Erkrankung wären also aussichtsreiche Vorbeugungsmaßregeln nicht schwer zu finden. Prophylaktisch zu verwerten sind auch die Angaben über die Bedeutung des reichlichen Alkoholgenusses bei der Entstehung des Mastdarmkrebses und die Tatsache, daß der Gebärmutterkrebs wahrscheinlich in seiner Entstehung durch reichlichen und einseitigen Fleischgenuß begünstigt wird. Eine der häufigsten Ursachen des Magencarcinoms ist die Narbe nach Magengeschwüren. Es sollte deshalb versucht werden, nach Magengeschwüren die Narben von Zeit zu Zeit zu hyperämisieren (Saugglockenbehandlung nach Kirchberg, wodurch die Zirkulation der Unterleibsorgane in hohem Maße angeregt wird). Besonders groß ist die Gefahr, an Krebs zu erkranken, für Leute, die einmal einen Krebs gehabt haben und bei denen derselbe durch eine Operation entfernt wurde. Es ist deshalb nicht richtig, diese Patienten nach einigen Wochen als „gesund" aus dem Krankenhause zu entlassen und mit der Behandlung erst wieder zu beginnen, wenn das neue Carcinom wieder so groß ist, daß es der Patient oder der Arzt bemerkt. Es müssen Mittel gefunden werden, um in der gefährdeten Gegend die Wiederentstehung der epithelialen Wucherungen zu verhüten oder doch sie schon zur Rückbildung zu bringen, bevor sie eine nennenswerte Größe erreicht haben. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Gertrud Pietrulla (Medizinalpraktikantin in Breslau): **Ueber das Acitrin.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Das A t o p h a n, die Phenylcinchoninsäure, ist bekanntlich eine Substanz, welche die Harnsäureausscheidung eminent steigert. Neuerdings wurde von den Farbwerken B a y e r ein neues Präparat, der P h e n y l c i n c h o n i n s ä u r e ä t h y l e s t e r, unter dem Namen **Acitrin** als ein die Harnsäureausscheidung förderndes Mittel in den Handel gebracht. Verfasserin berichtet über Versuche, die mit A c i t r i n in der Breslauer medizinischen Universitätsklinik angestellt wurden. Es ergab sich zunächst, daß Acitrin, in Tagesdosen von 3 g gereicht, die Harnsäureausscheidung in jedem Falle sofort bedeutend steigert. Bei einem normalen, mit gemischter Kost genährten Menschen stieg die Harnsäureausscheidung von 0,38 g auf 0,84 g. Bei einem purinarm ernährten Gichtkranken stieg die ausgeschiedene Harnsäure von 0,4 g auf 1 g. Bei fortgesetzter Darreichung von Acitrin zeigte sich beim normalen Menschen ein abwechselndes Steigen und Sinken der Harnsäureausscheidung. Bei jenem Gichtkranken, der 3 Wochen hindurch Acitrin bei purinarmer Diät bekam, blieben die ausgeschiedenen Harnsäuremengen dauernd hoch (0,7 g bis 1 g pro die). Auch in klinischer Beziehung trat bei diesem Patienten unter Acitrinbehandlung und purinarmer Diät eine rasche Besserung ein; die Schmerzen ließen nach, die Gelenke wurden weniger druckempfindlich, Schwellungen gingen zurück, Tophi verkleinerten sich. Der vorher bettlägerige Kranke wurde wieder arbeitsfähig. Aehnliche günstige Wirkungen wurden durch Acitrin in zwei anderen Fällen erzielt. Demnach leistet Acitrin therapeutisch dasselbe wie Atophan. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. R. L.

Dr. **I. J. Frankenstein** (Berlin): **Opiumentziehung mittels Pantopon.** (Med. Klinik, 1912, No. 41.)

Verf. erzielte mittels Pantopon einen verblüffend schnellen Erfolg nach 6½ jahrelanger Gewöhnung an Opium bei einer 38 jährigen Krankenpflegerin. Verf. entschloß sich, Pantopon zu nehmen, weil es am ehesten imstande ist, auch in verhältnismäßig geringen subkutanen Gaben eine prompte, opiumähnliche Wirkung zu erzielen. Er begann damit, zweimal täglich je eine Pantoponampulle (Inhalt 1,1 ccm der 2 proz. sterilen Pantoponlösung) zu injizieren und ging allmählich um einen halben Teilstrich zurück, bis er mit einem Teilstrich die Behandlung schloß. Dieser Schluß erfolgte nach zweimonatiger Behandlung, während der die Patientin nur wenige Tage aus Mattigkeit verhindert war, ihrem Berufe nachzugehen. Nach der völligen Entziehung suchte F. ihr über die ersten acht Tage mit Mixtura nervin. hinwegzuhelfen; seit vier Wochen aber hat sie überhaupt keine medikamentöse oder sonstige Behandlung nötig. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

Dr. **Eugen Kisch** (Berlin): **Ueber Aethertropfnarkose nach vorheriger Injektion von Pantopon-Atropinschwefelsäure.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Wie Verf. anführt, hat man vor der Aethernarkose Morphin (0,01) und Atropin. sulfuric. (0,001) injiziert, um einerseits beruhigend zu wirken, das Exzitationsstadium abzukürzen oder ganz zu verhindern und den Aetherverbrauch auf ein Minimum zu beschränken, andererseits die Salivation, den hauptsächlichen Nachteil der Aerthernarkose, zu unterdrücken. Die Morphium-Atropin-Aethernarkose hat sich bewährt. Eine weitere Verbesserung nun erzielt man, wie Verf. auf Grund der Erfahrungen der Berliner chirurgischen Universitätsklinik mitteilt, dadurch, daß man Morphium durch P a n t o p o n und Atropin. sulfuric. durch Atropinschwefelsäure ersetzt. Pantopon hat nämlich nicht die Nachteile des Morphiums, die in Erniedrigung der Pulszahl, Verlangsamung der Atmung, Herabsetzung der Darmperistaltik und Brechreiz bestehen. Pantopon läßt die Pulsfrequenz unverändert, setzt die Erregbarkeit des Atemzentrums nur wenig herab, hemmt bei subkutaner Injektion die Darmperistaltik nicht (während es per os auf nüchternen Magen gereicht eine ausgesprochene Darmperistaltik hemmende Wirkung hat). Es wurde ein fertig sterilisiertes Präparat in Ampullen benutzt, von denen jede 0,02 Pantopon + 0,001 Atropinschwefelsäure enthielt. (Von der Firma H o f f m a n n - L a R o c h e & C o. geliefert.) Es wurde die Injektion in 300 Fällen angewendet. Um die günstigste Wirkungsdauer des Pantopons zu finden, d. h. diejenige, die das Exzitationsstadium während der Narkose verhindert, wurde zu den verschiedensten Zeiten nach der Injektion mit der Narkose begonnen. Es zeigte sich das Optimum der Wirkung, wenn ½ Stunde nach der Injektion die Inhalationsnarkose eingeleitet wurde. Unter 50 derartigen Fällen fehlte nämlich in 49 Fällen das Exzitationsstadium vollständig; es war nur in einem Falle vorhanden. Wurde die Narkose unmittelbar nach der Injektion von Pantopon begonnen, so war die Exzitation nur in 43,7 pCt. der Fälle aufgehoben, in 43,7 pCt. gering und in 12,6 pCt. sogar stark. Wurde weniger als ½ Stunde mit der Narkose gewartet, so war die Exzitation in 67,9 pCt. aufgehoben, in 29,9 pCt. gering und in 2,2 pCt. stark vorhanden. In den Fällen, bei denen später als ½ Stunde nach der Injektion die Narkose eingeleitet wurde, war die Exzitation bei 80 pCt. aufgehoben, bei 20 pCt. gering. — Was nun die Wirkung der Atropinschwefelsäure anlangt, so war auch diese am besten, wenn die Einspritzung ½ Stunde vor Beginn der Narkose gemacht wurde; d. h. hier war die Salivation in dem größten Prozentsatz der Fälle aufgehoben. Die Schweißsekretion wurde durch das Mittel wenig oder gar nicht gehemmt. Die Atropinschwefelsäure enthält 10 pCt. weniger Atropin als Atropinsulfat. Nach Angabe der Fabrik ist sie nur halb so giftig wie Atropin. sulfuric.

Dr. **O. Nordmann** (Berlin-Schöneberg): **Thoraxwandresektion mit Meltzerscher Insufflation.** (Deutsche med. Wochenschr., 1913, No. 8.)

Die Chirurgie der Thoraxwand mit der Eröffnung der Pleurahöhle und des Thoraxinnern wurde durch die Einführung der Unterdruckkammer durch S a u e r b r u c h und die Ueberdruckapparate durch B r a u e r u. a. wesentlich gefördert. Neben ihren Vorzügen haften allen diesen Apparaten auch manche Nachteile an: Teuerkeit, Kompliziertheit und daher Möglichkeit unvorhergesehener Betriebsstörungen. Eine wertvolle Bereicherung bedeutet deshalb die vor einigen Jahren von M e l t z e r und A u e r angegebene Methode der intratrachealen Insufflation, die übrigens in den peroralen Tubage von F. K u h n einen Vorläufer hat. M e l t z e r führt einen Seidenkatheter, dessen Durchmesser ungefähr ½—⅔ von dem der Luftröhre ist, bis zur Bifurkation ein, verzichtet auf jeden Abschluß des Rachens und bläst nun mit Hilfe eines Fußtretgebläses die Luft in die Lungen hinein. Verf. hat das M e l t z e r sche Verfahren zunächst längere Zeit an Tieren studiert und dabei, wie andere Autoren, vorübergehend den Blasebalg durch einen von einem Elektromotor betriebenen Apparat ersetzt, bei dem die Luft unter einem gleichmäßig erhöhten Druck in die Trachea hineingeblasen wurde. Es ergab sich dabei aber, daß der unter kontinuierlichem Druck stehende Luftstrom ohne zeitweilige Unterbrechung große Gefahren bei der längerdauernden Insufflation mit sich bringt; deshalb kehrte Verf. zu der einfachen Methode des Fußtretgebläses zurück. Abgesehen davon, daß letzteres alles leistet, was man verlangt, ist der mit einem Fußtretgebläse betriebene Apparat in einem einfachen Kasten unterzubringen, leicht transportabel und überall zu verwenden, auch unter primitiven Verhältnissen, im Felde usw. Es gelingt mit Hilfe des einfachen Blasebalges, den Druck sehr sorgfältig zu regulieren und der jeweiligen Phase der Operation anzupassen. Um zu verhindern, daß mit dem Luftstrom Staubpartikelchen in die Lungen getrieben werden, schaltet Verf. zwischen Gebläse und dem Insufflationsapparat eine mit heißem Wasser bis zu einem Drittel gefüllte Flasche ein. Von dieser Flasche gelangt die Luft in ein Gefäß mit Aether; es ist ferner ein Stellhahn angebracht, durch den bewirkt werden kann, daß nach Bedarf entweder nur Luft allein oder mäßige Aethermengen oder stärkere Aethermengen dem Patienten zugeführt werden. Außerdem gehört zu dem Apparat ein Manometer. Das Ableitungsrohr des Apparates ist durch einen Gummischlauch mit dem Seidenkatheter verbunden. Die Dicke des Seidenkatheters beträgt 7—8 mm (24—26 Charrière). In der Regel benutzt man Nr. 24, nur bei besonders kräftigen Männern Nr. 26. Außerdem bedarf man einer Zungenzange und eines Mundsperrers nach K ö n i g. Etwa 26 cm von der Spitze wird dem Katheter der federnde Katheterhalter aufgesetzt, der zwischen die Zähne des Kranken zu liegen kommt. Der Kranke wird nach vorheriger Morphiuminjektion tief narkotisiert, der Mundsperrer eingesetzt und die Zunge vorgezogen. Mit dem Zeigefinger der linken Hand wird die Epiglottis nach vorn gehalten und mit der rechten Hand der Katheter langsam durch die Stimmbänder eingeführt, bis man auf einen Widerstand stößt, und dann 1—2 cm zurückgezogen. Man kann sich auch den Kehlkopfeingang mit Hilfe des direkten Laryngoskops einstellen. Der eingeführte Katheter wird nun mit dem Apparat verbunden und der Blasebalg in Tätigkeit gesetzt, 8—14 mal in der Minute, bei einem positiven Druck von 15—20 mm Hg. Die Operation ist nun in aller Ruhe durchzuführen; bei der Eröffnung der Pleura verändert sich die Atmung und Herzaktion in keiner Weise. Bei der Naht der Operationswunde empfiehlt es sich, die Lungen stark aufzublähen, damit sie den Pleuraraum völlig ausfüllen und einer Exsudation vorgebeugt wird. Gegen den Schluß der Operation lasse man die Aetherzufuhr ganz aufhören, um die letzten Aetherdämpfe durch reine Luft aus dem Bronchialsystem zu entfernen. Verf. hat die Insufflation in einem Falle erfolgreich angewendet, bei dem es sich um Resektion eines Stückes der Thoraxwand (6.—8. Rippe) wegen Carcinom handelte. Die Operation ging ohne Zwischenfall vor sich; es trat glatte Heilung ein.

Dr. **W. Goebel** (Cöln): **Ersatz von Finger- und Zehenphalangen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Verf. berichtet über einen Fall, in welchem er nach Vorgang von Wolff eine erkrankte Fingerphalanx entfernte und durch eine dem Patienten entnommene Zehenphalanx ersetzte. Es handelt sich um einen 16jährigen Arbeiter, der an Enchondromen des linken 4. Fingers litt. Die Geschwulst des Grundgliedes hatte Taubeneigröße erreicht, außerdem war die Mittelphalanx und auch die Endphalanx im Beginn ergriffen. Da in eine vollständige Exartikulation des Fingers seitens des Patienten nicht eingewilligt wurde, so wurde in Narkose die erkrankte Grundphalanx von dorsalem, seitlichem Schnitt unter möglichster Schonung der Gefäße und Nerven ohne künstliche Blutleere entfernt. In den Defekt wurde sofort die im Röntgenbild gleich groß erscheinende Grundphalanx der linken 2. Zehe mit einem verhältnismäßig großen Kapselrest eingepflanzt. Die Kapselläppchen wurden mit feinsten Katgutnähten vereinigt und über dem Ganzen eng anschließend die Streckaponeurose und die Haut durch Seidennähte sorgfältig vernäht. Der Defekt in der linken zweiten Zehe wurde in gleicher Sitzung durch Einpflanzung eines der 6. Rippe entnommenen, 4,5 cm langen Knorpelstückes gedeckt. Auch hier sorgfältige, engschließende Weichteilnaht. Die Wunde heilte ohne Störung. Schon am Tage nach der Operation vorsichtige systematische Bewegungen der linken Hand. 5 Wochen nach dem ersten Eingriff wurden die Enchondrome des Mittel- und Endgliedes mit dem scharfen Löffel entfernt. Nach dem zweiten Eingriff nahm die Beweglichkeit des Fingers weiter zu. Nach Ablauf der 9. Woche konnte Patient die Arbeit wieder aufnehmen; er ist seitdem voll arbeitsfähig und beschwerdefrei. Die Gebrauchsfähigkeit der Hand ist in keiner Weise beeinträchtigt. Das implantierte Knochenstück zeigt im Röntgenbild auch nach mehr als einem Jahre keine Atrophie. Auch in der linken 2. Zehe ist das Rippenknorpelstück glatt eingeheilt. Eine Metaplasie in Knochengewebe ist nach dem Röntgenbild nicht eingetreten.

Dr. **G. Bucky** und Dr. **Ernst R. W. Frank** (Berlin): **Ueber Operationen im Blaseninnern mit Hilfe von Hochfrequenzströmen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Die Behandlung von Blasentumoren mittels Hochfrequenzströmen (Diathermie) unter Leitung des Cystoskops wurde im Jahre 1910 von Edwin Beer (New York) zuerst ausgeführt. Frank berichtet in der vorliegenden Arbeit über einige Fälle, bei denen er diese Methode angewendet hat; vorher entwickelt Bucky die physikalischen Grundlagen des Verfahrens. Man geht zweckmäßig so vor, daß man an irgend einer Stelle des Körpers des Patienten eine möglichst große Elektrode (von ca. 200 qcm Fläche) anlegt; diese Elektrode wird mit der einen Klemme des Hochfrequenzapparates verbunden; mit der zweiten Klemme wird die andere Elektrode verbunden, die in Form einer dünnen Bougie durch das Operations- resp. Ureterencystoskop in die Blase eingeführt wird. Letztere wird vorher mit einer Salzlösung gefüllt. Unter Leitung des Auges wird nun die in der Blase befindliche Elektrode mit derjenigen Stelle der Blasenwand, an der operiert werden soll, in Berührung gebracht. Wenn man zunächst den schwächsten Strom einschaltet und allmählich die Stromstärke erhöht, gelingt es leicht, die Wirkung der Wärmeentwicklung zu kontrollieren. Es tritt zunächst eine weißliche Verfärbung in der Umgegend der Elektrode auf (Koagulation des umliegenden Gewebes). Steigert man den Strom weiter, so gerät das Wasser in Wallung, weil die Temperatur 100° C. geworden ist. Ist die Hitze soweit gesteigert, daß an der Berührungsstelle der Elektrode das Gewebe verschorft ist, dann bildet dieser Schorf einen hohen Widerstand für den Strom; der Strom wird unterbrochen, es wird ein Funkenübergang sichtbar. Nur im Falle der Verschorfung beginnt die Elektrode dem Gewebe adhärent zu werden, während bei der einfachen Koagulation ein Kleben der Elektrode am Gewebe nicht stattfinden darf. Für Oberflächenwirkungen sind möglichst spitze, für Tiefenwirkungen möglichst flächenhafte Elektroden zu wählen. — Frank berichtet über 3 Fälle, welche er mittels Diathermie operiert hat. Im ersten Falle handelte es sich um eine Anzahl bis walnußgroßer Papillome am Blasenhalse, die bis in die Pars prostatica hineinragten. Die Tumoren wurden in einer Reihe von Sitzungen koaguliert. Die äußere Elektrode wurde auf den Oberschenkel des Pat. appliziert, während die Blasenelektrode durch den Kanal eines Ureterencystoskops eingeführt wurde. Zuerst wurde eine knopfförmige, später eine flache, messerförmige Elektrode verwendet. Schließlich waren alle Papillome teils verschwunden, teils ganz erheblich verkleinert. Im zweiten Falle handelte es sich um einen gestielten Polyp an der rechten Harnleitermündung bei einem 24jährigen Mädchen. Es wurde koaguliert mittels eines Hochfrequenzstromes von 0,3 Ampère, der etwa 1½ Minuten einwirkte. Nach 4 Wochen war der Polyp vollkommen verschwunden und an der Stelle seines früheren Sitzes eine oberflächliche, kleine Epithelnarbe sichtbar. Im dritten Falle handelte es sich um ein haselnußgroßes Papillom oberhalb der Harnleitermündung bei einem 50jährigen Patienten. Das Papillom wurde in einer Sitzung mittels eines Stromes von 0,3 Ampère 3 Minuten lang koaguliert (messerförmige Elektrode). Nach ca. 4 Wochen war das Papillom bis auf den Stiel verschwunden. — Das Diathermieverfahren ist nach Verf. leichter als die übrigen zur Entfernung von Blasengeschwülsten angegebenen endovesikalen Methoden. Nachblutungen und Infektionen sind bei richtiger Handhabung völlig ausgeschlossen und die Gefahr einer Perforation der Blase ist nicht größer als bei der Galvanokaustik. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

30. Deutscher Kongress für innere Medizin

zu Wiesbaden vom 15. bis 18. April 1913.
Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

Herr **Penzoldt** (Erlangen), der Vorsitzende dieser Tagung, gedenkt in seiner Eröffnungsrede der Verstorbenen dieses Jahres, hebt mit Genugtuung hervor, daß die Zahl der Mitglieder und der Vortragenden ständig im Wachsen begriffen sei und der Kongreß nunmehr in Vollkraft in das 4. Jahrzehnt seines Bestehens eintritt.

Die stark angefeindete Arzneimittelkommission hat als Erfolge zu verzeichnen, daß viele Firmen ihre Anzeigen den Grundsätzen des Kongresses angepaßt haben, und es ist zu hoffen, daß auch Arzneimittelprüfungsanstalten zum Nutzen der Aerzte und zum Schutze der hilfesuchenden Menschheit gegründet werden.

Noch größere Erfolge sind der Zentralkommission beschieden gewesen, die als ein mächtiges Bollwerk zum Schutze der Einheit der inneren Medizin das Zentralblatt ins Leben gerufen hat. Die Zahl der Publikationen in der inneren Medizin ist ins Unendliche gewachsen; behufs Einschränkung der Veröffentlichungen empfiehlt P., nur ausgereifte Arbeiten mit großen Untersuchungsreihen zu publizieren; die kleinen Einzelpublikationen sollten von den führenden Männern zurückgehalten werden.

Hauptverhandlungsthema:
Das Wesen und die Behandlung des Fiebers.

1. Referent: **Hans H. Meyer** (Wien):

Die Erwärmung ist das Ergebnis chemischer, die Wärmeabgabe physikalischer Prozesse. Verliefen beide unabhängig voneinander, so würde die Temperatur des Körpers auf- und abschwanken zwischen einem die Außentemperatur nur wenig übersteigenden Minimum und dem höchsten noch mit dem Leben verträglichen Wärmegrad (42° C.) als Maximum. Bleibt die Körpertemperatur beständig gleich, so muß zwischen beiden Vorgängen eine Regulation bestehen. Dieser zentrale Temperaturregulator liegt im Gehirn; ist dieser intakt, so bleibt die Körpertemperatur konstant, mögen auch an der Wärmebildung und an der Wärmeabgabe beträchtliche Aenderungen nach oben oder nach unten vorgenommen werden. Der normale Regulationsapparat ist beim Menschen auf rund 37° C. abgestimmt, im Fieber ist er auf eine abnorm hohe Temperatur (38—42° C.) eingestellt und wird durch Antipyretica wieder auf 37° zurückgestellt. Man kann sich den ganzen Apparat als zwei örtlich vielleicht getrennte, korrelativ miteinander gekuppelte Zentren vorstellen, als ein thermogenetisches, d. h. wärmespeicherndes bezw. temperatursteigerndes und ein thermolytisches, d. h. temperaturminderndes, kurz als ein Wärme- und als ein Kühlzentrum. Beide Zentren können von der Peripherie her reflektorisch vorübergehend erregt werden, und zwar reguliert der Organismus mit Gegenaktion schon bei nur drohender, durch die Hautempfindung angekündigter Abkühlung oder Ueberhitzung. Das Wärmezentrum kann auch reflektorisch gehemmt werden, und zwar durch starke Hautreize, wie Sinapismen. Beide Zentren sind aber auch unmittelbar erregbar oder zu beruhigen; Erwärmung des Wärmezentrums erregt Sinken der Temperatur, Abkühlung fieberhafte Erhöhung.

Das Aronsohn-Sachssche Wärmezentrum ist im Fieber im Zustande einer erhöhten Erregbarkeit; das antagonistische Kühlzentrum ist dabei automatisch gehemmt. Das Wärmezentrum ist nicht nur mechanisch und elektrisch direkt erregbar, sondern auch reflektorisch und chemisch, z. B. durch NaCl, parenteral beigebrachtes artfremdes Eiweiß, Albumosen, andere Eiweißabbauprodukte, darunter auch das Anaphylatoxin, Toxine von Mikroparasiten, Adrenalin etc. Da letzteres das sympathische Nervensystem erregend oder sensibilisierend beeinflußt, wird wohl auch das Wärmezentrum demselben angehören. Dazu stimmt auch, daß bei Basedow eine große Neigung zu Temperatursteigerungen besteht: nämlich auch das Schilddrüsenhormon steigert die Erregbarkeit des sympathischen Nervensystems. Das Kühlzentrum wird wohl autonomer Natur sein; damit stimmt, daß Erreger des autonomen Systems, wie Pikrotoxin, Santonin, Digitalin, auch einen typischen Temperaturabfall durch Erregung der Kühlzentren bewirken.

Bei mangelhafter Funktion der Thyreoidea oder der Pars anterior der Hypophyse besteht Neigung zu subnormaler Temperatur als Ausdruck einer verminderten Erregbarkeit des Wärmezentrums. Die Ausschaltung des Wärmezentrums bei Winterschläfern scheint auch auf Ausfallserscheinungen von seiten der Hypophyse zu beruhen.

Im Fieber ist das Kühlzentrum gehemmt, das Wärme-



E D H.
Marke Dieterich-Helfenberg.
Alkoholfreie Eisenmedikation!
BLUTAN
nach Dr. K. Dieterich-Helfenberg. – Wortmarke. – D. R. P. Nr. 183551. – Auslandspatente.
Blutan ohne Zusatz 0,6% Fe und 0,1% Mn . . . 1 Originalfl. M. 1,25
Arsen-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn u. 0,01% As_2O_3 1 Originalfl. M. 1,25
Brom-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn und 0,1% Br . . 1 Originalfl. M. 1,50
China-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn, mit den 1% Chinarinde entsprechenden wirksamen Chinabestandteilen . . . . 1 Originalfl. M. 1,50
Diabetiker-Blutan 0,6% Fe u. 0,1% Mn, zuckerfrei 1 Originalfl. M. 1,25
Jod-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn und 0,1% J . . . . 1 Originalfl. M. 1,50
Den Herren Aerzten stehen Proben und Literatur kostenlos zur Verfügung.
Ausstellung unserer Fabrikate im Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2–4, Saal 5, Chemische Industrie.
Chemische Fabrik Helfenberg A. G. vorm. Eugen Dieterich, in Helfenberg (Sachsen).
BLUTAN
JOD-BLUTA

zentrum aber übererregbar, d. h. erst durch eine höhere Temperatur als normal zu beruhigen. Bei übererregbarem Wärmezentrum tritt natürlich auch leichter als in der Norm Erschöpfung ein. Bei starker Badeabkühlung vermag der Fiebernde daher nicht seine hohe Eigenwärme konstant zu erhalten; er wird dadurch auf Stunden, der Gesunde nur für Minuten abgekühlt. Das Chinin schränkt schon in kleinen Gaben den Eiweißabbau ein; am Gesunden wird dies ausgeglichen, beim Fiebernden drückt Chinin aber die Temperatur herunter; es ist also ein leichtes Narkoticum des Wärmezentrums, ein stärkeres der Alkohol und Chloral.

Als Gegenstück dazu wirken andere Gifte, wie Pikrotoxin etc., durch Erregung des Kühlzentrums, ebenso die Bulbärgifte Veratrin, Akonitin und Digitalin. Die Entfieberung wird schonender durch Mittel herbeigeführt, die die Wärmeproduktion einschränken, während Antipyrin, Acetanilid und Salicylate, welche die Wärmeabgabe erhöhen, leicht Schwächezustände zur Folge haben.

2. Referent: **L. Krehl** (Heidelberg):

Der homöotherme Organismus besitzt Einrichtungen für die Erhaltung der Eigenwärme, welche im Gehirn zwischen dem frontalen Ende des Thalamus und den Vierhügeln liegen. Tiere, die unmittelbar hinter diesen Stellen an den Vierhügeln durchschnitten werden, besitzen nicht mehr die Fähigkeit der Regulierung. Nach Trennung von Vorderhirn und Streifenkörper an den kaudalen Partien bleibt die Wärmeregulation erhalten. Die Unversehrtheit einer Hälfte genügt für die Erhaltung der Funktion. Die regulierenden Vorrichtungen sind von zahlreichen anderen Stellen des Hirns leicht zu beeinflussen. Die Auffassung des Fiebers als eines Erregungszustandes des thermoregulatorischen Apparates setzt voraus, daß beim Gesunden und beim Fiebernden qualitativ gleiche energetische Vorgänge ablaufen.

In der Regel befindet sich der Fiebernde im Zustande mehr oder weniger starker Unterernährung. Im reinen Hunger beteiligt sich das Eiweiß am Kraftwechsel mit 15—20 pCt., der übrige Teil kommt auf Rechnung von Kohlehydraten und Fetten. Nach G r a f e bestehen für das Fieber nun ganz analoge Verhältnisse; nur bei lange währendem Fieber sinkt der Eiweißquotient viel tiefer. Der Stoffwechsel der Fiebernden ist also qualitativ von dem der in Unterernährung befindlichen Menschen nicht verschieden und der Annahme eines Erregungszustandes der Thermoregulatoren steht nichts im Wege.

Auch bei der Wärmeabgabe bestehen prinzipiell keine Abweichungen von der Norm. In bezug auf Stoffzerfall beteiligen sich die Muskeln in der Norm sowohl als auch an der febrilen Wärmeproduktion; so kann man bei kurarisierten Tieren aseptisches Fieber z. B. durch NaCl-Injektion hervorrufen. Ebenso gelingt an ihnen der Wärmestich. Aber auch die großen Unterleibsdrüsen haben Bedeutung für die fieberhafte Wärmeproduktion (Notwendigkeit des Glykogengehaltes der Leber für Piqûre und Fieber). Im Hunger kommt aseptisches Fieber nicht zustande. Bei Tieren mit durchschnittenem Brustmark (bis hinauf zu d^2) ist die Regulationsbreite herabgesetzt. Nach Durchschneidung des Brustmarks bei c^8 zwischen Hals- und Brustmark ist die Regulierfähigkeit völlig aufgehoben. Erzeugung von aseptischem Fieber und Wärmestich gelingen dann nicht mehr. Kranke mit ähnlichen Läsionen des Halsmarkes zeigen nicht selten besonders hohe Temperatursteigerungen. Gleiche Verhältnisse wie bei Durchtrennung des Halsmarkes bestehen bei Durchschneidung des Brustmarkes am 4. Segment mit beiderseitiger Entfernung des Ganglion stellatum oder bei gleichzeitiger Resektion der Nervi vagi. Bei ihnen kann man weder mittels Wärmestich noch auf aseptisch-chemischem Wege Fieber hervorrufen.

Dem Grenzstrang spricht auch K. eine große Bedeutung für die Wärmeregulation und das Fieber zu (Adrenalinfieber, Hyperglykämie bei Fieber, Temperaturabfall bei Ausfall der Nebennieren). Im Zwischenhirn erzeugte Erregungen gehen auf sympathischen Bahnen jedenfalls auch zu den Drüsen mit innerer Sekretion. Die Entstehung von Fieber ist fast immer auf Zerfall von Eiweiß im Organismus zurückzuführen, so bei bakteriellen Infektionen, Kochsalzfieber etc. Die Blutplättchen, welche besonders leicht zerfallen und dabei ungemein leicht Fieber erzeugen, spielen möglicherweise bei der Genese des Fiebers auch eine Rolle. Von einem einheitlichen pyrogenen Körper kann man noch nicht reden. Die fiebererzeugenden Substanzen müssen aber jedenfalls eine Konstitution haben, die sie zur Bildung von Antitoxinen befähigt. Viele Fiebernde lassen sich durch reichliche Nahrungszufuhr annähernd oder völlig im Energiegleichgewichte halten. Man kommt dabei mit mittleren Gaben Eiweiß bei reichlicher Kohlehydratnahrung aus. Immerhin erweisen sich beim Fiebernden 40—50 Nettokalorien als notwendig. Forcierte Anwendung von kaltem Wasser stellt an den Energieverbrauch der Kranken nicht zu unterschätzende Anforderungen und ist daher bei Fiebernden einzuschränken. Die schlechte Sitte, gegen jede Temperatursteigerung sofort mit Antipyreticis vorzugehen, ist glücklicherweise jetzt verlassen. Mit vorsichtigen Dosen von Pyramidon kann man allerdings bei Typhösen viel Nutzen stiften.

(Fortsetzung folgt.)

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. K a t z e n s t e i n.)

(Fortsetzung.)

Herr **Perthes** (Tübingen) demonstriert als Belegstücke zu seinem Vortrage **Präparate von Osteochondritis deformans**, der fälschlich so genannten Arthritis deformans juvenilis.

Herr **Muskens** (Amsterdam) demonstriert im Namen von Herrn K r a u s e (Berlin) drei Fälle von **erfolgreich operierter traumatischer Epilepsie**, von denen zwei bereits über drei Jahre geheilt sind.

Herr **Voelcker** (Heidelberg): **Demonstration von Pyelographien.**

Die Ureteren werden durch schattengebende Katheter markiert; das Nierenbecken in einzelnen Fällen durch Aufrollung des Katheters, in anderen durch Collargolinjektion. Interessant sind zwei Fälle von Insuffizienz des Ureterverschlusses, von denen der eine mit Verdoppelung des einen Ureters. Bei Verschluß der Harnröhre und Aufforderung, Harn zu lassen, injizieren diese Kranken selbst von der Blase aus Ureteren und Nierenbecken, so daß die kongenitale Erweiterung des ganzen Harnapparates sichtbar wird.

Herr **Brandes** (Kiel) berichtet über experimentelle Untersuchungen an der A n s c h ü t z schen Klinik, welche vorgenommen waren, um den **zeitlichen Eintritt der durch Inaktivität bedingten Knochenatrophie im Röntgenbilde** festzustellen.

Es war bei Kaninchen ein Stück der Achillessehne reseziert worden, um die Funktion des Fußes, vor allem des Calcaneus, herabzusetzen und den Einfluß dieser Funktionsberaubung auf das Knochenskelett in verschiedenen Versuchsserien zu studieren. Außerdem wurde die durch Gipsverbände bedingte Immobilisationsatrophie am Kaninchenfuße ebenfalls im Röntgenbilde untersucht. Die projizierten Röntgenbilder zeigen das auffallend frühe Entstehen und die weitere Entwicklung der Inaktivitätsatrophie.

Die aus den verschiedenen Untersuchungen gewonnenen Resultate faßt B r a n d e s in folgende Sätze zusammen:

1. Der Kaninchencalcaneus ist ein ausgezeichnetes Objekt für derartige röntgenologische Untersuchungen über Knochenatrophie. Voraussichtlich lassen sich auf diesem Wege auch wertvolle vergleichende Resultate über die verschiedenen Atrophieformen gewinnen.

2. Die Inaktivitätsatrophie des Knochens kann nicht als eine spät eintretende Form der Atrophie charakterisiert werden; an geeigneten Untersuchungsobjekten läßt schon eine einfache Funktionsverminderung eine rapide eintretende und schnell fortschreitende Knochenatrophie des Fußskeletts in Erscheinung treten.

3. Auch nach Immobilisation tritt in kurzer Zeit eine Inaktivitätsatrophie am Knochen ein.

4. Die in diesen Experimenten gefundenen Zeiten des Eintritts der Inaktivitätsatrophie sind noch kürzer als die für den Menschen angegebenen Zeitwerte des Eintritts der akuten, reflektorischen Atrophie.

5. Nach diesen Ergebnissen der Experimente scheint die sogenannte akute, reflektorische, trophoneurotische oder entzündliche Knochenatrophie der Hauptstütze ihres Existenzbeweises beraubt zu sein, genau so, wie auch die Existenz einer reflektorischen, akuten Muskelatrophie durch die Arbeiten von S c h i f f und Z a c k (Wien) erneut bezweifelt werden konnte.

Herr **Axhausen** (Berlin): **Ergebnisse der experimentell freien Schleimhautüberpflanzung.**

Magen- und Blasenschleimhaut bleiben bei autoplastischer Ueberpflanzung erhalten. Das Epithel breitet sich aus und schließt sich zur Cyste ab. Homöoplastische Transplantate gehen zugrunde.

Herr **Glaessner** (Berlin): **Zur Entstehung der Coxa vara.** Es handelt sich um eine Krankheit des Epiphysenknorpels; der Parallelismus der Achsen von Schenkelhals und -kopf wird gestört, die Kopfkappe sinkt allmählich herab. Durch Redressement und Fixierung im Gipsverband gehen die Veränderungen zurück.

2. Hauptthema: Ulcus duodeni.

Referent: Herr **Küttner** (Breslau).

Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen sowie einer Rundfrage an 80 Chirurgen, die 800 Fälle ergibt, bespricht Ref. die wichtigsten Fragen zur Pathologie und Therapie des Ulcus duodeni. Die scheinbaren Widersprüche zwischen den deutschen und anglo-amerikanischen Zahlen lösen sich bei gebührender Berücksichtigung der Verhältnisse (dort Zusammenströmen der Fälle in wenige Hände, hier Operation nur in vorgeschrittenen Stadien) restlos auf. Die Vorbedingungen der Entstehung eines akuten Ulcus duodeni: Laparotomie, Appendicitis, septische Infektion usw., zu denen nach den Erfahrungen in seiner Klinik auch die Amputationen hinzukommen, gelten zum Teil auch für das chronische Ulcus, wiewohl hier verschiedene Bedenken stattfinden. Von der

Symptomatologie wird seit Moynihan die Anamnese in den Vordergrund gerückt. Der Hungerschmerz, gleichbedeutend mit dem Spätschmerz und dem Nachtschmerz und die Periodizität. Die Schmerzen beruhen auf Pylorospasmus und sind in ihrer Eigenart nicht streng pathognomonisch. Ulcus ventriculi und Carcinome können sie auch bewirken.

Konstanter ist die Periodizität als Ausdruck von Heilungsvorgängen und Rezidiven — daher auch das Fehlen okkulter Blutungen im Intervall.

An objektiven Symptomen ist in letzter Zeit einiges ermittelt worden. Die Hyperchlorhydrie ist nicht konstant, auch nicht überwiegend häufig. Achlorhydrie kommt vor. Wichtiger ist die Hypersekretion, auch im nüchternen Magen. Die Motilität zeigt intermittierende Insuffizienz, transitorische Zwölf-Stunden-Retention (Kämp). Okkultes Blut kann selbst im floriden Stadium fehlen. Der spontane Schmerz wird ins Epigastrium, meistens wenig rechts von der Mittellinie, verlegt. Der Druckschmerz sitzt an gleicher Stelle; noch häufiger ist die Empfindlichkeit diffus. Sichtbar und tastbar sind nach der Laparotomie nur die Geschwüre der Vorderwand, daher ist die Eröffnung des Duodenums für den tastenden Finger notwendig (Wilms). Komplikationen sind sehr häufig, so daß Simmonds z. B. das Ulcus duodeni in 70 pCt. als Todesursache (Blutung, Perforation) findet, das Ulcus ventriculi dagegen meistens als Nebenbefund. Als Grenze zwischen Magen und Duodenum ist (zwar nicht für wissenschaftliche, aber für praktische Zwecke) die Mayo sche Vene ausreichend. Die Unterscheidung des Ulcus pylori vom Ulcus duodeni ist wegen der Verschiedenheit der Prognose von Wichtigkeit.

Die Heilungstendenz ist gering; vernarbte Ulcera duodeni sind sehr selten. Die Behandlung muß, so lange die Erfolge der inneren Therapie unsicher bleiben, eine chirurgische sein, und zwar seltener eine direkte, da die Resektion nur bei Geschwüren der Vorderwand möglich ist, dort gefährlich ist und selbst da gegen Rezidiv nicht schützt, als eine direkte. Von den indirekten Methoden bewirkt die Gastroenterostomie beim Fehlen der Stenosen keine ausreichende Ausschaltung. Daher ist sie durch künstliche Stenosierung zu ergänzen. Die Uebernähung des Geschwürs nebst Raffung von Moynihan befriedigt nicht allgemein und zeigt sich im Experiment unzulänglich. Aehnliches gilt von der Fadenumschnürung. Auch die von Tappeiner experimentell geprüfte Wilms sche Fascienstreifenschnürung scheint nicht ganz sicher. Ideal ist die Durchtrennung des Pylorus nach Eiselsberg, doch gibt sie eine Erhöhung der Operationsmortalität um 10 pCt. der Operierten und schützt nicht gegen Nachblutung. Sie ist daher nur da auszuführen, wo sie technisch einfach ist. In allen Fällen ist eine systematische Nachbehandlung notwendig. Von den Komplikationen erfordert die Perforation eine Frühbehandlung. Schon nach 48 Stunden ist die Operation aussichtslos. Die Gastroenterostomie ist je nach den Umständen primär oder sekundär anzuschließen. Die Behandlung der Blutung erfolgt nach denselben Prinzipien wie beim Magengeschwür; nur mittelschwere oder rezidivierende leichte Fälle sind zur Operation geeignet. Die Exzision des Ulcus verbietet sich meist durch dessen Sitz an der Hinterwand.

Herr **van den Velden** (Düsseldorf): **Pharmakotherapeutisches zur Behandlung des Magen-Duodenalgeschwürs.**

Durch intravenöse Injektion von 5 ccm einer 5—10 proz. Kochsalzlösung kann man prompt eine Beschleunigung der Blutgerinnung und häufig eine Sistierung von Blutungen erreichen. Die Injektion von Gelatine oder artfremdem Eiweiß vermehrt den Fibrogengehalt des Blutes auf mehrere Tage und ist als Vorbereitung zum Eingriff empfehlenswert. Die Opiate stellen den Magen nicht ruhig, sondern vermehren seinen Tonus und führen bei erkranktem Magen direkt Schmerzen herbei. Will man sie unter diesen Umständen anwenden, so muß man den Vagotonus durch Atropinisierung ausschalten.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Magenkrankheiten. Von Dr. **F. Schilling**, Spezialarzt für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Leipzig. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 13, H. 1 u. 2. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 68 S. 1,70.

Verf. gibt in dem vorliegenden Doppelheft der Würzburger Abhandlungen eine gedrängte Uebersicht über die Diagnose, Pathologie und Therapie der wichtigsten Magenkrankheiten, mit Berücksichtigung der neueren Forschungsergebnisse und seiner eigenen Erfahrungen. Ob ein Bedürfnis dafür vorlag, im Rahmen der Würzburger Sammlung, die doch mehr für die Bearbeitung von Einzelfragen der praktischen Medizin bestimmt ist, ein ganzes umfangreiches Kapitel der inneren Medizin in zwei Heften zu bringen, möchten wir bezweifeln. Sicherlich leidet die Lesbarkeit der Arbeit durch die bei dem beschränkten zur Verfügung stehenden Raum gebotene Kürze.

Die Angiomatose der Retina (von Hippelsche Krankheit). Von **A. Vossius** (Gießen). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Bd. 9, H. 1. Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 32 S. 1 Mark.

Die Angiomatose der Netzhaut ist ein seltenes Krankheitsbild, von dem bisher 22 Fälle in der Literatur mitgeteilt worden sind. Verf. selbst hat in der Gießener Augenklinik unter ca. 100 000 Patienten innerhalb 22 Jahren nur 2 derartige Fälle beobachtet. Er schildert diese ausführlich und gibt außerdem eine Zusammenstellung der bisher in der Literatur mitgeteilten Fälle, welche als Angiomatose der Netzhaut aufgefaßt werden müssen. Die erste anatomische Untersuchung eines einschlägigen Falles wurde durch E. v. Hippel vorgenommen. Es handelt sich im wesentlichen um die Entstehung von Angiomen aus feinen Kapillarschlingen der Netzhaut, welche zum Untergang der nervösen Elemente der Retina führen. Mit dem weiteren Umsichgreifen der Erkrankung auf immer neue Gefäßgebiete bilden sich Verdickungen und Ablösung der Netzhaut aus. Schließlich erblinden die Augen unrettbar. Der Verlauf zieht sich über Jahre hin und ist zunächst schmerzlos; schließlich kann eine Cataracta accreta mit Sekundärglaukom und intensiven Schmerzen auftreten und die Enukleation des Auges erforderlich machen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Patienten im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt. In den Anfangsstadien der Krankheit konstatiert man im Augenspiegel eine starke Erweiterung und Schlängelung einer Arterie und der zugehörigen Vene und außerdem das Vorhandensein roter oder gelbrötlicher, kugliger oder ovoider Gebilde entweder im Verlauf der Gefäße, oder es münden Arterien und Venen in ein solches Gebilde. Diese Gebilde treten zuerst meist in der Peripherie der Netzhaut auf und bewirken dann noch keine Sehstörungen, daher entzieht sich der Beginn der Krankheit gewöhnlich der Beobachtung. Der Prozeß wurde ebenso oft einseitig wie auf beiden Augen beobachtet, in gleicher Häufigkeit bei männlichen und weiblichen Personen. Ueber die Ursache des Leidens ist noch nichts Sicheres bekannt; wahrscheinlich handelt es sich um eine kongenitale Anlage.

Medizinische Spezialitäten. Eine Sammlung der meisten bis jetzt bekannten und untersuchten Geheimmittel und Spezialitäten mit Angabe ihrer Zusammensetzung nach den bewährtesten Chemikern von **C. F. Capaun-Karlowa.** Vierte, vermehrte und mit vollständigem Register versehene Auflage von Dr. pharm. **Max von Waldheim.** Wien und Leipzig 1913, A. Hartlebens Verlag. 309 S. Geheftet 5 M.

In dem vorliegenden Buch finden sich neben bekannten und weniger bekannten medizinischen Spezialpräparaten vielleicht in noch größerer Anzahl Geheimmittel u. dergl. zusammengestellt. Wie sehr das Geheimmittel- und Spezialitätenunwesen täglich an Umfang zunimmt, erkennt man daraus, daß die Zahl der in dieser vierten Auflage aufgenommenen Präparate 3600 (gegen 1000 der ersten Auflage) beträgt. Die einzelnen Artikel sind alphabetisch geordnet. Die Zusammensetzung der Präparate wurde teils den Angaben der Fabrikanten, teils den Veröffentlichungen der Fachzeitschriften und der Untersuchungsämter entnommen. Wer viel mit der Begutachtung von Geheimmitteln und dergl. zu tun hat, wird eine Zusammenstellung wie die vorliegende mit Nutzen gebrauchen können.

Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtspflege. Von Amtsgerichtsrat a. D. Dr. **Wilhelm** (Straßburg i. E.). Berlin 1912, Adler-Verlag, G. m. b. H. 40 S. 1 M.

Die vorliegende Abhandlung unterzieht die Frage der rechtlichen Beurteilung operativer ärztlicher Eingriffe und ihres Verhältnisses zur Einwilligung des Patienten bezw. dessen gesetzlichen Vertreters einer Besprechung. Verf. behandelt das Thema nicht vom abstrakten rechtsphilosophischen Standpunkt, sondern er begnügt sich damit, an der Hand einiger bekannten Fälle und der dabei ergangenen Urteile die verschiedenen von den Juristen und speziell vom Reichsgericht vertretenen Theorien darzulegen, auf ihre praktischen Konsequenzen zu prüfen und zu untersuchen, inwieweit die Entscheidungen der Gerichte der Billigkeit und dem praktischen Bedürfnis entsprechen oder zuwiderlaufen. In dem geltenden Recht ist die Materie bekanntlich nicht besonders geregelt; das Reichsgericht erklärt eine ärztliche Operation für vorsätzliche Körperverletzung, wenn sie ohne die erforderliche Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters vorgenommen ist und den Erfolg gehabt hat, die Gesundheit oder den Körper des Patienten zu schädigen. Im Gegensatz zu der Mehrzahl der Juristen (auch in den Motiven des Vorentwurfs zu einem deutschen Strafgesetzbuch werden Sonderbestimmungen hinsichtlich ärztlicher operativer Eingriffe für unnötig erklärt), aber in Uebereinstimmung mit den Anschauungen der Aerzte hält Verf. eine legislatorische Regelung des Operationsrechtes

des Arztes für erforderlich oder wenigstens für empfehlenswert. Er macht den Vorschlag, einen speziellen Paragraphen gegen eigenmächtige Eingriffe des Arztes zu schaffen, etwa in dem Abschnitt über die Freiheitsdelikte. Und zwar sollte nicht schon die ohne Einwilligung erfolgte ärztliche Behandlung strafbar sein, sondern nur die gegen den ausdrücklichen resp. den zu vermutenden Willen vorgenommene. Des weiteren wäre eine Bestimmung hinzuzufügen, welche die Frage der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters regelt. Auch in dieser Hinsicht macht Verf. beachtenswerte Vorschläge. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem seit Jahren am Institut für Infektionskrankheiten tätigen Stabsarzt Dr. Bernhard Möllers, dem letzten persönlichen Assistenten von Robert Koch, ist der Professortitel verliehen worden.

— Dem Privatdozenten für soziale Hygiene und Leiter der von Geheimrat Flügge am hygienischen Institut der Universität Berlin kürzlich errichteten Abteilung für soziale Hygiene Dr. med. A. Grotjahn ist der Professortitel verliehen worden.

Königsberg i. Pr. Als Nachfolger des nach Breslau übersiedelnden Ordinarius der pathologischen Anatomie Prof. Henke ist der außerordentliche Professor der pathologischen Anatomie in Berlin Dr. Carl Kaiserling, Abteilungsvorsteher am pathologischen Institut der dortigen Universität, hierher berufen worden. Er steht jetzt im 45. Lebensjahre.

Bochum. Der außerordentliche Professor und erste Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik der Universität Tübingen Dr. Max v. Brunn ist als Nachfolger von K. A. v. Bardeleben zum leitenden Arzt der chirurgischen Abteilung des hiesigen Augusta-Hospitals berufen worden.

Dortmund. Einer der ältesten Aerzte Deutschlands, der hier wirkende Geh. Sanitätsrat Dr. Carl Weisspfenning, konnte vor kurzem sein 60 jähriges Doktorjubiläum begehen. Wir bringen aus diesem Anlaß dem hochverehrten Herrn Kollegen, der seit über 50 Jahren ein treuer Abonnent unserer Zeitung ist, nachträglich unsere wärmsten Glückwünsche dar.

Jena. Dr. J. Zange hat sich für Ohrenheilkunde habilitiert.

München. Dr. Otten hat sich für innere Medizin habilitiert.

— Die Leitung der orthopädischen Klinik bei der hiesigen Königl. Landesanstalt für krüppelhafte Kinder ist dem ordentlichen Professor für Orthopädie Dr. med. Fritz Lange übertragen worden.

Wien. Als Nachfolger des nach Buenos Aires berufenen Prof. R. Kraus ist Dr. Bruno Busson zum Abteilungsvorsteher am serotherapeutischen Institut unter Prof. Paltauf berufen worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Wien. Das vorläufige Programm der vom 21. bis 26. September d. J. in Wien stattfindenden 85. **Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** enthält folgende Vorträge: in der ersten allgemeinen Versammlung: F. Rinne (Leipzig): Das Wesen der kristallinen Materie vom Standpunkte des Mineralogen, H. v. Seeliger (München): Moderne Astronomie; in der Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe: Brodmann (Tübingen): Neuere Forschungsergebnisse der Hirnanatomie, Reich (Wien): Anatomie des Bogengangapparates, Rothfeld (Wien): Physiologie des Bogengangapparates, Bárány (Wien): Klinik des Bogengangapparates; in der Gesamtsitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe: H. Wiener (Darmstadt): Wesen und Aufgaben der Mathematik, A. Steuer (Innsbruck): Ziele und Wege biologischer Mittelmeerforschung; in der gemeinsamen Sitzung beider Hauptgruppen: K. Ritter v. Hess (München): Der optische Sinn der Tiere, O. Lummer (Breslau): Das Sehen, E. Dolezal (Wien) und Exz. A. v. Hübl (Wien): Photogrammetrie; in der zweiten allgemeinen Sitzung: E. Fischer (Freiburg i. Br.): Das Rassenproblem, Max Neuburger (Wien): Gedenkrede auf Joh. Christ. Reil († 1813), Othenio Abel: Neuere Wege phylogenetischer Forschung. Eine Ausstellung, welche zum Thema hat: Die Photographie in ihrer Anwendung auf Naturwissenschaft und Medizin, wird vorbereitet. Im Anschluß an die Tagung wird eine 5—6 tägige Reise nach Dalmatien geplant, wenn sich eine genügende Zahl von Teilnehmern meldet. Die interessantesten Punkte der dalmatinischen Küste sollen berührt werden: Sebenico, Spalato, Ragusa, Bocche di Cattaro. Kosten 200—250 K. Anfragen und Anmeldungen sind abgesondert bis 15. Mai an die Geschäftsstelle: Wien, I. Universität, Dekanat der medizinischen Fakultät, zu richten. Teilnehmer an der Versammlung kann jeder werden, der sich für Naturwissenschaft oder Medizin interessiert. Für die Teilnehmerkarte sind 25 K. zu entrichten, wovon aber für die Mitglieder der Gesellschaft der Jahresbeitrag in Abzug gebracht wird. Außerdem werden Damenkarten zum Preise von 8 K. ausgegeben. Den Teilnehmern, die rechtzeitig ihre Teilnehmerkarte lösen, steht auf den Linien der k. k. Staatsbahnen und der Südbahn für die Fahrt nach Wien und zurück eine ca 20- bis 30 proz. Ermäßigung des Fahrpreises in Aussicht. Die Geschäftsführung liegt in den Händen der Herren Prof. Dr. F. Becke, Wien, I. Universitätsplatz 2, und Prof. Dr. C. Frhr. v. Pirquet, Wien, VIII. Alserstraße 21.

Gerichtliches.

Crefeld. Einem Apothekergehilfen war das Mißgeschick passiert, daß er bei der Abfertigung der Kunden einer Frau, die auf Verabreichung einer Medizin für ihr drei Monate altes Kind wartete, eine für einen Erwachsenen bestimmte Morphin und Kokain enthaltende Mixtur versehentlich aushändigte. Der Säugling starb infolgedessen an Morphinintoxikation. Der Gehilfe wurde deshalb kürzlich von der hiesigen Strafkammer wegen **fahrlässiger Tötung** zu einem Monat Gefängnis mit Aussicht auf bedingte Begnadigung verurteilt.

Breslau. Wegen **Uebertretung** der Breslauer Polizeiverordnung vom 23. September 1902 durch Aufnahme eines Inserats mit marktschreierischer, übertriebener Anpreisung des Heilmittels Gichtrosin wurde der Anzeigenredakteur einer Breslauer Zeitung kürzlich vom Schöffengericht zu 20 M. Geldstrafe verurteilt.

Cöln. Das hiesige Schöffengericht verurteilte einen Krankenbehandler wegen **fahrlässiger Körperverletzung** durch unzweckmäßige Behandlung einer an Syphilis erkrankten Frau zu 500 M. Geldstrafe evtl. 100 Tagen Gefängnis.

Leipzig. Das Landgericht Trier hatte im Dezember 1912 den Krankenbehandler H. wegen **fahrlässiger Körperverletzung** durch falsche Behandlung eines Knochenbruches zu einer Geldstrafe von 500 M. verurteilt. Seine Revision wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen.

— Das Landgericht Cöln hatte im Dezember v. J. den Schneider Kr. wegen **fahrlässiger Körperverletzung** zu zwei Wochen Gefängnis verurteilt. Der Angeklagte, der neben seinem Gewerbe als Schneider das eines Krankenbehandlers betreibt, hatte einen an Gelenkrheumatismus erkrankten Bäcker mit dem Baunscheidtschen Lebenswecker so behandelt, daß der Patient schließlich starb. Die Revision des Verurteilten wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen.

— Wegen **Verletzung des Urheberrechts** durch unbefugten Abdruck des größten Teiles einer zu einem Gärungssaccharometer gehörigen Gebrauchsanweisung waren im November v. J. zwei Ilmenauer Fabrikanten vom Landgericht Eisenach zu je 50 M. Geldstrafe verurteilt worden. Ihre dagegen eingelegte Revision wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen.

Verschiedenes.

Berlin. Während des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle a. S. vom 13. bis 17. Mai d. J. findet eine **Ausstellung** ärztlicher Apparate und Instrumente, sowie pharmazeutischer Präparate etc. statt. Die Ausstellung wird von der Gesellschaft für Chirurgiemechanik im Auftrage des Vorsitzenden des Kongresses, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Veit (Halle a. S.), geleitet und sind Anmeldungen zur Beteiligung an der Ausstellung an Herrn Direktor Alfred Hirschmann, Berlin N. 24, Ziegelstr. 30, zu senden.

— Der preußische Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten, der sich die **Förderung der Jugendpflege** besonders angelegen sein läßt, hat mit Wirkung vom 1. April 1913 mit der Frankfurter Allgemeinen Versicherungs-Aktien-Gesellschaft in Frankfurt a. M. und dem Allgemeinen Deutschen Versicherungs-Verein a. G. in Stuttgart Versicherungsverträge für Unfall- und Haftpflichtversicherung geschlossen. Die Verträge haben zum Gegenstand: a) die Haftpflichtversicherung der Leiter (Leiterinnen), b) die Unfallversicherung der Leiter (Leiterinnen), c) die Unfallversicherung der Jugendlichen der staatlich organisierten Jugendvereinigungen. Auf Grund der beiden erstgenannten Verträge sind sämtliche Jugendleiter (Jugendleiterinnen) der den staatlichen Organisationen angegliederten Jugendvereinigungen Preußens versichert. Die Kosten der Versicherung übernimmt der Staat. Das letztgenannte Abkommen ist ein Vergünstigungsvertrag, auf Grund dessen zugunsten der Mitglieder der Jugendvereinigungen, die der staatlichen Organisation angegliedert sind, Versicherung für Unfälle, die diese bei Ausübung der Vereinstätigkeit erleiden, zu günstigen Bedingungen und außerordentlich mäßigen Prämien genommen werden kann.

Bad Gastein. Kgl. Rat Dr. C. Gager, der Senior der hiesigen Kurärzte, ist nach Beendigung der Wintersaison von Arco wieder zur Ausübung der badeärztlichen Tätigkeit hierher übergesiedelt.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzen

ist in der hygienisch-bakteriologischen Abteilung der Königlichen Landesanstalt für Wasserhygiene, Post Berlin-Lichterfelde 3, Ehrenbergstr. 38/42, die Stelle eines wissenschaftlichen Hilfsarbeiters. Aerzte mit entsprechender Vorbildung wollen ihr Bewerbungsgesuch mit Angabe der Remunerationsansprüche an die vorbezeichnete Anstalt einsenden.

(Veröffentlicht am 23. April d. J.)

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum mit der Kontrollnummer 279, geschrieben: „Zweihundertneunundsiebzig", aus der Chemischen Fabrik von E. Merck in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit dieser Kontrollnummer dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 16. April 1913.

Der Polizeipräsident.
Im Auftrage: Schlegtendal.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern:

1255 bis einschließlich 1274,

geschrieben: „Eintausendzweihundertfünfundfünfzig bis einschließlich Eintausendzweihundertvierundsiebzig", aus den Höchster Farbwerken,

260 bis einschließlich 263,

geschrieben: „Zweihundertsechzig bis einschließlich Zweihundertdreiundsechzig", aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt,

207 bis einschließlich 218,

geschrieben: „Zweihundertsieben bis einschließlich Zweihundertachtzehn", aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg,

238,

geschrieben: „Zweihundertachtunddreißig", aus der Fabrik vormals E. Schering in Berlin

sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung etc. eingezogen sind, vom 1. April d. J. ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 10. April 1913.

Der Polizeipräsident.
Im Auftrage: Schlegtendal.

Personalia.

Preußen.

Verzogen: Oberarzt Dr. F. Coler von Uchtspringe nach Spandau, Aerztin J. Cohn von Charlottenburg und H. Meltz von Loitz i. Pomm. nach Stettin, L. Alefeld von Stettin nach Wildensorg (Oberfranken), A. Kost von Bonn nach Treptow a. Rega, Dr. D. Gesterding von Bergquell nach Dresden, Dr. G. Stehr von Breslau nach Lüben i. Schl., A. Lamers von Halle a. S. nach Herzogenbusch (Niederlande), Dr. W. Kiesow von Wusterhausen a. D., Dr. A. Reue von Hamburg, Dr. K. Behne von Berlin und Dr. E. Jooss von Ludwigsburg (Württemberg) nach Kiel, Dr. E. F. Berger von Ober-Jersdal nach Schleswig, Dr. E. Goetze von Glowno b. Posen und Dr. A. Pongs von Reisen nach Altona, Dr. J. H. Th. Piening von Rendsburg nach Elmshorn, W. Andree von Kiel nach Jever (Oldenburg), Geh. San.-Rat Dr. S. Fries von Nietleben nach Göttingen, Stabsarzt Dr. M. Tollkühn von Bartenstein nach Schießplatz Gruppe, Dr. O. A. Sturmhöfel von Domnau nach Löbau, Dr. L. Wien von Dühringshof nach Wusterhausen a. D., Dr. J. Siegel von Berlin nach Wilhelmshagen, Dr. H. Lehrecke von Saarmund nach Seiffen i. Erzgebirge, Dr. H. Sieber von Berlin-Pankow nach Berlin-Schmargendorf, Dr. H. Beutnagel von Neukölln nach Berlin-Weißensee, Dr. H. Lippschütz von Bamberg nach Berlin-Pankow, Dr. A. Paasche von Rostock nach Hoppegarten, Dr. R. Hinrichsen von Berlin-Reinickendorf nach Berlin-Steglitz, Dr. R. Silberstein von Berlin-Schöneberg nach Berlin-Reinickendorf, A. Jacobsohn von Berlin nach Berlin-Weißensee, Dr. M. Ludwig von Wiesbaden nach Berlin-Tegel, Dr. E. Krause von Lippehne nach Oderberg i. M., Dr. E. Jacoby von Berlin nach Falkenhagen, Dr. E. Hartwig von Barnewitz nach Pritzerbe, Geh. San.-Rat Dr. E. Schwerin von Berlin nach Wannsee, Dr. J. Wertheimer von Freiburg nach Berlin-Grunewald, Aerztin Dr. A. Schützer von Berlin-Friedenau nach Berlin-Steglitz, Dr. F. Gutsmann von Markt Bohrau nach Saarmund, Dr. P. Punse von Cottbus nach Kannenburg (Württemberg), Dr. K. Laffert von Berlin nach Kolberg, Dr. F. Gahrmann von Reisen als Schiffsarzt nach Greifswald, M. Górski von Frankfurt a. O. nach Posen, Dr. V. Thom von Breslau nach dem Balkan (Kriegsschauplatz), Oberstabsarzt Dr. H. Lischke von Cosel nach Schweidnitz, Dr. H. Dengg von Kissingen nach Obernigk, Dr. P. Grosse-Beilage von Berlin nach Gladbeck, Dr. J. Ebbert von Bremen nach Münster, B. Stahr von Münster nach München, Dr. J. Kautak von Berlin nach Hamm, Dr. K. Fischer von Düsseldorf nach Hagen, Dr. H. Dessloch von Würzburg nach Wattenscheid, Dr. F. Silbersiepe von Berlin nach Soest, Dr. J. Hermans von Kiel nach Dortmund, Dr. R. Wessing von Duisburg nach Eickelborn, Dr. G. Sprave von Neheim nach Hagen, Dr. L. Winter von Hanau nach Markt-Redwitz, Dr. J. Richard von Effelden nach Hanau, Dr. H. Marcus von Frankfurt a. M. nach der Schweiz, Dr. P. Holtschmit von Bonn nach Wiesbaden.

Lübeck.

Niedergelassen: Dr. P. F. Ziemendorff in Lübeck.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin g sperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsbl."

Kontroll- oder **Vertrauensarztstellen** für **Krankenkassen-Verbände** jeder Art im ganzen Reiche.

Auskunft durch das Generalsekretariat.

Verband z. W. d. Int. d. Deutschen **Betriebs-K.K.** (Rh.-Westf.-B.-K.-K.-V.) **Essen-Ruhr**

Aachen
Adolfshütte siehe Crosta
Annweiler i. Pfalz
Arys, O.-Pr.
Auerbach i. Erzgeb. (s. auch Hormersdorf)
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Betriebs-K.-K.-V., s. ob.
Bocholt i. Westf.
Breithardt, Hess.-Nass.
Bremen
Breslau
Burbach i. W.
Burghaslach
Canth, Bez. Breslau
Crosta-Adolfshütte
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Eppstein i. T.
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Finstingen i. Lothr.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Köln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Gönningen i. Wttbg.
Gräfenthal i. Thür.
Greiffenberg, Uckerm.
Gröba i. Sa.
Großharthau-Goldbach
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wänzer i. Altmark
Hagendingen, Lothr.
Halberstadt
Halle a. S.
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Herbrechtingen i. Wttbg.
Herne i. W.
Hohen-Neuendorf a. Nordbahn
Hormersdorf, Erzgeb.
Insterburg i. Ostpr.
Kaufmänn. Kr.-K. für Rheinl. u. Westf.
Kassel-Rothenditmold
Kellinghusen, Holst.
Kirchberg, Jagst
Köln-Deutz
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Kupferhammer b. Ebersw.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Metz
Mömlingen, Unt.-Frk.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Nackenheim i. Rheinh.
Neuhaldensleben
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ochsenwärder b. Hambg.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. d. Mark
Oedt, Rhld.
Passau-Auerbach
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plaue i. Thür.
Plettenberg i. Westf.
Pritzerbe, Brandenbg.
Puderbach, Kr. Neuwied
Querfurt
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rosenheim
Sagan i. Schl., Eisenh.-B.-K.-K.
Schaafheim i. Hessen
Schönwald, Bayern.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schweidnitz, Schl.
Schwerin a. Warthe
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stommeln, Rhld.
Stralkowo i. Posen
Vockenhausen i. T.
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Köln
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 10. Mai 1913 | No. 19

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang — Berlin, 10. Mai 1913 — No. 19

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Unterschiede in der Ausscheidung und Ausnützung des Jods.

Von
Dr. **Moos**, Spezialarzt für Hautleiden in Berlin-Schöneberg.

Für das früher allein gebräuchliche Jodkali ist in den letzten Jahren eine Anzahl Ersatzmittel auf den Markt gebracht, von denen fast jedes seine besonderen Vorzüge haben soll. Zumeist wird an den Präparaten gerühmt, daß sie die nicht beabsichtigten und unangenehmen Nebenwirkungen des Jodkali mehr oder minder vermeiden. Wenn auch nicht bei allen, so doch bei etlichen der Präparate trifft dies bis zu einem gewissen Grade zu. Ueber die Art der Wirksamkeit des Jods wird zumeist nichts angegeben, nur bei den Jodfettkörpern die teilweise Lipotropie des Jods erwähnt.

Die Darstellung neuer Jodpräparate ging also fast durchweg von dem Grundsatze des nil nocere aus.

Ist nun dieser Standpunkt zwar an sich berechtigt, so sagte ich mir doch, daß er nicht allein maßgebend sein dürfe. Bei einem so viel, und oft für schwere Krankheitszustände, benutzten Medikament, wie es Jod ist, kommt es nach meiner Ansicht in erster Linie auf eine gute Heilwirkung an. Kann man außerdem die Erscheinungen des Jodismus vermeiden, dann um so besser.

Bis jetzt fehlt uns nun — abgesehen von der stets erst hinterher möglichen klinischen Feststellung der Heilwirkung — ein sicherer Maßstab, mit dem wir ein Jodpräparat objektiv messen können.

Auf Grund einiger, in der Literatur zerstreuter kurzer Bemerkungen über Ausscheidungsverhältnisse des Jods im Urin kam mir der Gedanke, ob hier bestehende Unterschiede vielleicht von Bedeutung sein könnten.

Für Jodkali ist es bekannt, daß von dem eingenommenen Jod gegen 10 pCt. im Urin in organischer Bindung, weitere 60—70 pCt. in anorganischer Form erscheinen; ein kleiner Teil des Jod findet sich im Kot wieder; der nicht ganz gleichmäßige Rest (15—25 pCt.) geht dem üblichen Nachweis verloren. Doch wird ferner im Schweiß, in den Talgdrüsen, im Speichel, Nasensekret und im Menstrualblut etwas Jod ausgeschieden; auch findet sich Jod in Haaren und Nägeln.

Bei einigen Jodpräparaten sind die Ausscheidungsverhältnisse anders als bei Jodkali. Von dem bisweilen recht großen Jodverlust im Kot bei manchen Jodfettkörpern sehe ich hierbei ab. Ich meine speziell die Ausscheidung im Urin, von der aus man auf die Wirkung im Organismus gewisse Rückschlüsse machen kann.

Von diesem Gesichtspunkte geleitet, habe ich mit einem Jodpräparat, dessen Ausscheidungsverhältnisse von denen des Jodkali wesentlich abweichen, genaue Versuche angestellt, um diese mit der bekannten Ausscheidung des Jodkali zu vergleichen und eventuelle Schlüsse hieraus zu ziehen. Zu meinen Versuchen benutzte ich das Jodtropon.

Die chemische Untersuchung war folgende: 1000 ccm Urin wurden in einer Nickelschale bis zur Trockne verdampft, mit Soda verrührt und verschmolzen. Die Schmelze wurde mit heißem Wasser ausgezogen, von dem Verkohlten Wasser abfiltriert, mit Salzsäure schwach angesäuert und mit Palladiumnitratlösung versetzt. Die Mischung wurde dann 24 Stunden an einem warmen Orte stehen gelassen, das Palladiumjodür abfiltriert, bei 110 Grad getrocknet und gewogen.

Gegeben wurden frisch syphilitisch infizierten und noch nicht spezifisch behandelten Patienten je 4 Tabletten Jodtropon innerhalb 12 Stunden. Der Urin wurde 5 Tage täglich gesammelt und die Jodmenge quantitativ bestimmt.

1. Versuch:

	Urinmenge	Jodmenge
1. Tag:	1224 ccm,	0,0752 g
2. „	1400 ccm,	0,0220 g
3. „	1040 ccm,	0,0043 g
4. „	1500 ccm,	—
5. „	1025 ccm,	—
		0,1015 g.

Gefundenes Jod = 0,1015 g, d. i. für 0,2 g Jodeinführung 50,75 pCt. Jodausscheidung im Urin.

2. Versuch:

	Urinmenge	Jodmenge
1. Tag:	1300 ccm,	0,0842 g
2. „	1045 ccm,	0,0451 g
3. „	1500 ccm,	0,0025 g
4. „	1650 ccm,	—
5. „	1340 ccm,	—
		0,1318 g.

Gesamtjod = 0,1318 g = 65 pCt. Jodausscheidung im Urin.

Drei Versuche bei gesunden Menschen ergaben Jodausscheidungen von 56, 60 und 68 pCt. Jod im Urin.

In zwei Fällen wurde auch der Jodgehalt der Fäces untersucht, und zwar eine Durchschnittsprobe von 10 g aus dem bei 100° getrockneten viertägigen Stuhl. Die Verarbeitung auf Jod geschah nach Eindampfen des Kotes mit Aetzkalilösung. Gefunden wurden 8—12 pCt. Jod im Stuhl.

War hiermit nach dem Einnehmen von Jodtropon die Gesamtmenge des Jods im Urin mit ca. 60—70 pCt. festgestellt, so folgten nunmehr Versuche betreffend Ausscheidung des Jods vom Jodtropon in anorganischer Form. Dieselben wurden zunächst qualitativ an einem gesunden und an einem an Lues erkrankten Manne gemacht, im ganzen 6 Tabletten innerhalb 24 Stunden gegeben und von 6 zu 6 Stunden der Urin aufgefangen und die Sandowsche Probe vorgenommen. Je 25 ccm Urin mit 2 ccm 10 proz. H_2SO_4 angesäuert, 1 ccm 0,2 proz. KNO_2-Lösung zugegeben und mit Chloroform ausgeschüttelt. Bei allen Untersuchungen war der Ausfall negativ. Der Versuch wurde alsdann mit größeren Urinmengen, nämlich mit 250 ccm, 20 ccm 10 proz. H_2SO_4 und 10 ccm 0,2 proz. KNO_2, angestellt, mit Chloroform ausgeschüttelt, wobei nur ein ganz geringer Hauch einer Gelbfärbung konstatiert werden konnte.

Auf Grund dieses Befundes kann man sagen, daß nur sehr wenig Jod in anorganischer Form im Urin ausgeschieden wird. Um aber ganz sicherzugehen, wurde außer der qualitativen Untersuchung noch ein quantitativer Nachweis vorgenommen.

Ein gesunder Mann nahm 8 Tabletten Jodtropon auf einmal ein. Der Urin wurde 4 Tage lang gesammelt und betrug in dieser Zeit 5800 ccm. Der Nachweis verlief folgendermaßen: Ein Liter des gemischten viertägigen Urins wurde mit HCl angesäuert, mit $NaNO_2$-Lösung versetzt und das freigewordene Jod mit wenig Schwefelkohlenstoff dreimal ausgeschüttelt. Nachdem mit einem zweiten Liter Urin ebenso verfahren war, wurden die Schwefelkohlenstoffauszüge beider Urine vereinigt und mit $^1/_{100}$ Normalnatriumthiosulfat titriert. Es wurden auf diese Weise in 5800 ccm Urin im ganzen 0,0018 g Jod gefunden, was bei einer Einnahme von 8 Tabletten Jodtropon = 0,4 g Jod einer Ausscheidung von 0,45 pCt. Jod in anorganischer Form entspricht.

Wir wissen also jetzt, daß die nach dem Einnehmen von Jodtropon im Urin gefundene Jodmenge (ca. 60 bis 70 pCt.) sich fast vollkommen in organischer Bindung befindet, daß nur etwa ½ pCt. des eingenommenen Jods in anorganischer Form erscheint.

Beinahe das Gegenteil ist, wie bekannt, bei Jodkali der Fall. Hier finden sich im Harn nur gegen 10 pCt. organisches und bis zu 70 pCt. anorganisches Jod.

Ich sagte mir nun, daß dies doch keine reine Zufälligkeit sein könne, sondern wohl von Bedeutung sein müsse. Ja, ich bin sogar zu der Ueberzeugung gekommen, daß wir hier ein ausschlaggebendes Moment zur Beurteilung der Wirksamkeit von Jodpräparaten haben. Um dies zu verstehen, bedarf es einiger einfacher Schlußfolgerungen.

Die Vermutung und weiterhin hohe Wahrscheinlichkeit, daß Jod in Ionenform seine Heilwirkung entfalte, besteht schon seit längerer Zeit. Jetzt hat diese Anschauung so ziemlich allgemeine Anerkennung gefunden.

Neuerdings haben nun Axel Reyn und Pfannenstill — wie mir scheint — bei Lupus einwandfrei nachgewiesen, daß dem Jod in statu nascendi eine eklatante Wirkung zukommt, ja, daß die Wirksamkeit des Jods auf diesen Zustand beschränkt ist. Die Jodheilwirkung ist also nicht eine Dauerwirkung, sondern eine Momentwirkung, welche in dem Augenblicke eintritt, in welchem das Jod Ionenform annimmt. Suchen wir das Ergebnis auf unsere Resultate anzuwenden, so kommen wir zu Folgendem:

Das Jod in den Eiweißpräparaten, in denen es wie im Jodtropon in fester Bindung ist, wird im Magen nicht frei (Bickel, Therapeutische Monatshefte, 1909, H. 9) und im Darm nur in ganz minimalen Spuren abgespalten; nahezu die gesamte Jodmenge gelangt als Jodeiweiß, nach vorübergehendem Abbau im Darminnern und Wiederaufbau in der Darmwand, in den Blutkreislauf. In den Körpergeweben aber tritt das Jod des Jodtropon vermöge der Eigenschaften — Wanderlust von einem Molekül zum andern und hohe, durch Bindung an das Eiweiß des Medikaments ad maximum gesteigerte, Affinität zum Eiweiß — an das Körpereiweiß heran. Das Jod befindet sich somit zu dieser Zeit in statu nascendi und gelangt in freier Ionenform, d. h. in einem energisch wirkenden Stadium, an das kranke Körpereiweiß. Das Jod wird also, infolge der festen Bindung an Eiweiß im Medikament, am Orte der beabsichtigten Wirkung in das Stadium nascendi gebracht.

Auf Grund vorstehender — ich denke — berechtigter Schlußfolgerungen und durch Vergleich der klinisch wirksamen Jodgaben im Jodkali und im Jodtropon, worauf ich alsbald noch näher eingehe, kommen wir dazu, mit hoher, an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu sagen, daß Jod, wie an der Körperoberfläche (in den Versuchen von Axel Reyn und Pfannenstill) so auch im Körperinnern nur in statu nascendi, also im Moment des Ueberganges in Ionenform, eine Heilwirkung ausübt.

Erscheinen nun von einem eingenommenen anorganischen Jod im Urin nur 10 pCt. (von 80 pCt. also ein Achtel) in organischer Form, dann hat offenbar nur das eine Achtel im Körper das Stadium nascendi durchgemacht. Denn nur das aus seiner anorganischen Verbindung abgespaltene, ionisierte Jod vermag im Körper eine organische Bindung einzugehen. — Die Erklärung dafür, daß vom Jod des Jodkali nur ein Bruchteil in den Geweben Ionenform annimmt und an Körpereiweiß herantritt, scheint mir ausreichend durch die dem Jod in dieser Form eigene, nur geringe Affinität zu (jodfreiem) Eiweiß gegeben.

Wir dürfen daher weitergehend jetzt sogar sagen, daß vom Jod des Jodkali, nach dessen Einnehmen sich im Urin bis zu 70 pCt. Jod in anorganischer Form und nur ca. 10 pCt. in organischer Bindung findet, etwa sieben Achtel für Ausübung einer Heilwirkung verloren gehen, daher zum mindesten unnützer Ballast sind. Diese theoretische Schlußfolgerung stimmt überein mit meinen Beobachtungen in der Praxis und mit denen anderer Autoren: Zur Erzielung gleicher Heilresultate bei gleichartigen Erkrankungen waren mehrmals größere Mengen anorganischen Jods in Form von Jodkali erforderlich, als vom organischen Jod in Form von Jodtropon.

Nimmt man statt eines anorganischen ein organisches, und zwar ein fest an Eiweiß gebundenes Jod ein, so muß im Körperinnern alles gebundene Jod frei werden und an Körpereiweiß herantreten. Bei hinreichend fester organischer Bindung wird das Jod zwar im Darm nicht frei: es bleibt vielmehr auch während des Eiweißabbaues an den organischen Eiweißbausteinen haften; sicher frei aber wird alles Jod in den Geweben. Hier am Orte des Stoffwechsels muß es unter dem energischen Einfluß der Lebensvorgänge, den obengenannten beiden Eigenschaften nachgebend, seine Atomgruppen verlassen und an Körpereiweiß herantreten.

Alles Jod, welches nach Einnehmen eines organischen Jodeiweißpräparats im Urin in organischer Form erscheint, muß daher das Stadium nascendi durchgemacht haben, kam also zur Ausübung einer Heilwirkung.

Die etwaige Annahme, daß ein organisches Jodeiweißpräparat als solches im Urin auch wieder ausgeschieden würde, also ohne daß das Jod seine Eiweißatomgruppen verlassen hätte und an Körpereiweiß herangetreten wäre, mit anderen Worten, ohne das Stadium nascendi durchgemacht zu haben, ist sicher unrichtig. Die Richtigkeit meiner Behauptung geht aus dem Urinbefund zwar nicht direkt hervor, wohl aber aus dem Vergleiche des Befundes bei Jodfettkörpern. Nach Einnahme von Jodfettkörpern erscheint im Urin zunächst ein verschieden großer Teil Jod in anorganischer Form, infolge der durch Bindung des Jods an Fett herabgesetzten Affinität zu Eiweiß. Von dem verbleibenden Rest tritt im Körper ein kleiner Teil infolge seiner künstlichen Lipotropie an Fettgewebe heran, der weitere Rest aber, ebenso wie bei den Jodeiweißkörpern, an Eiweiß, und erscheint demgemäß im Urin gebunden an Produkte der regressiven Metarmorphose des Eiweiß. Das Jod hat also den organischen Grundstoff, an den es gebunden war, gewechselt. Derselbe Wechsel findet bei dem gebundenen Jod der Jodeiweißkörper statt; nur tritt das Jod hier an einen gleichartigen anderen Grundstoff.

Es ist daher ganz sicher, daß das Jod eines guten Jodeiweißkörpers in seiner Gesamtheit (d. h. alles fest gebundene Jod) im Körperinnern an Körpereiweiß herantritt und alsdann, gebunden an Produkte der regressiven Metamorphose verbrauchten Eiweißes, im Urin ausgeschieden wird.

Man kann also sagen: **Der Prozentgehalt des Urins an organischem Jod ist ein Maßstab für die Wirksamkeit eines Jodmedikamentes.** Je höher dieser Prozentgehalt, desto besser das Medikament.

Es steht fest, daß anorganische Jodsalze im Blutkreislauf stets giftig wirken (E. v. Cyon, Pflügers Archiv, Band 70, u. a.). Der Organismus hat daher das Bestreben, ihm zugeführtes anorganisches Jod in eine ungiftige organische Verbindung überzuführen und in solcher bis zum Ausscheiden zu erhalten.

Ich glaube, wir dürfen den soeben aufgestellten Satz noch erweitern und sagen: Der Prozentgehalt des Urins an anorganischem Jod ist ein Maßstab für die Giftigkeit oder Ungiftigkeit, also Wohlbekömmlichkeit eines Jodpräparates. **Je weniger anorganisches Jod im Urin, desto weniger leicht Jodismus.**

Sind meine Schlußfolgerungen berechtigt, dann können wir also die Ausscheidungsverhältnisse eines Jodpräparats direkt als Maßstab für seine Wirksamkeit als Heilmittel benutzen und wir können hieraus außerdem — was ich aber, wie bereits in der Einleitung bemerkt, nicht für so wichtig halte — auf seine relative Unschädlichkeit schließen. Um eine absolute Unschädlichkeit kann es sich nicht handeln. Wohl wird ein Präparat, dessen Jod im Urin nur in organischer Bindung erscheint, die gewöhnlichen, bei Jodkali häufigen Erscheinungen des Jodismus nicht verursachen; dagegen werden die sehr viel selteneren, durch die in ihrem Wesen noch ungeklärte Jodidiosynkrasie (vielleicht eine Anaphylaxie) bedingten Vergiftungserscheinungen voraussichtlich nicht ausbleiben.

Der Zweck meiner Untersuchungen ist erreicht, wenn sie zur Klärung der Frage über den Vorgang bei der Wirksamkeit des Jods beitragen und zu Nachpüfungen anregen.

Literatur:

Axel Reyn: Methode zur therapeutischen Anwendung von Jod in Statu nascendi in den Geweben. Berl. klin. Wochenschr., 1911, No. 42.

Oswald Loeb und Reinhard v. d. Velden: Ueber die Grundlagen der internen Therapie mit Jodfettsäurederivaten. Therapeutische Monatshefte, April 1911.

H. Boruttau: Kriterien des therapeutischen Wertes organischer Jodpräparate. Deutsche med. Wochenschr., 1911, No. 43.

Carl Neuberg: Beobachtungen von Jodproteinen. Biochemische Zeitschrift, Bd. 27, S. 261.

R. v. d. Velden: Weitere Beiträge zur Jodverteilung. Ebenda, 1909, Bd. 21.

Dr. Erlenmeyer und Stein: Jodwirkung, Jodismus und Arteriosklerose. Therapeutische Monatshefte, 1909, H. 3.

L. Krehl: Rat zur Vorsicht bei Gebrauch des Jods. Münch. med. Wochenschr., 1910, No. 47.

C. von Norden: Ueber Arteriosklerose. Med. Klinik, 1908, No. 1.

Osw. Loeb: Die Jodverteilung nach Einfuhr verschiedener Jodverbindungen. Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie, 1907, Bd. 56, H. 5/6.

A. Bickel: Die permanente seitliche Darmfistel, eine Methode zur Untersuchung des Schicksals und der Wirkung von Arzneimitteln im Magen-Darmkanal. Therapeutische Monatshefte, 1909, H. 9.

Pfannstill: Deutsche med. Wochenschr., 1911, No. 37 u. 52.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten und Kinderheilkunde).

Das neuerliche Auftreten des Rückfallfiebers in St. Petersburg und Deutsch-Ostafrika und seine Bekämpfung. Besprochen von San.-Rat Dr. **Kronecker** [Berlin-Steglitz]. (Fortsetzung.)

Auch in Aegypten ist das Rückfallfieber neuerdings wieder epidemisch aufgetreten. Früher war es dort allgemein verbreitet und suchte besonders die Gefängnisse heim. Dann aber blieb es während einer Reihe von Jahren gänzlich aus, so daß man sich der Hoffnung hingab, die Besserung in den Gesundheitsverhältnissen der Bevölkerung, insbesondere ihre größere Sauberkeit, habe der Krankheit den Boden abgegraben. Da flackerte die Rekurrens im Jahre 1908 in dem Lande der Pharaonen von neuem kräftig auf, und zwar zuerst wiederum in den Gefängnissen, um von hier aus das ganze Land, Städte so gut wie Dörfer, zu verseuchen. Dreyer, Direktor des Hospitals für Infektionskrankheiten in Kairo[5]), hat die obenerwähnten ägyptischen Gefängnisepidemien an Ort und Stelle studiert und darüber eingehend berichtet. Ueberraschen muß es, daß das ägyptische Rückfallfieber nicht gleich dem ostafrikanischen, von welchem bald die Rede sein wird, durch Zecken verbreitet wird. Man sollte dies nämlich auf Grund der geographischen Lage Aegyptens in der subtropischen Zone nahe dem Wendekreise des Krebses annehmen. Denn wie wir gleich sehen werden, geschieht die Uebertragung der Spirilla Obermeieri in den warmen Ländern nicht wie in den gemäßigten und kalten Breiten durch Flöhe, Wanzen und Läuse, vornehmlich Kleiderläuse, sondern durch Zecken, und zwar beinahe ausschließlich durch Ornitodorus moubata.

Welche Parasiten bei Verbreitung der Rekurrens in Aegypten in Betracht kommen, vermag Dreyer noch nicht zu entscheiden.

Aegypten war es auch, aus welchem einer der ersten Rekurrensfälle stammte, die in unserer wichtigsten Kolonie: Deutsch-Ostafrika, zur Beobachtung kamen. Dort sollte das Rückfallfieber, nachdem es im Mutterlande so gut wie vollständig erloschen war, eine ungeahnte, in epidemiologischer Hinsicht außerordentlich interessante Ausbreitung gewinnen. Die ersten Mitteilungen über diesen ominösen Fall, mit welchem die Rekurrens in Deutsch-Ostafrika einsetzte, verdanken wir Stabsarzt Dr. Werner[6]). Er schreibt: „Eine bisher nicht beobachtete Krankheit, das Rückfallfieber, konnte ich im Februar dieses Jahres (1902) konstatieren. Am 8. Februar 1902 kam der 3 Monate zuvor angeworbene Sudanese der 5. Kompagnie: Ali Kalanga, in Zugang. Er wurde bewußtlos mit hohem Fieber eingeliefert. Die auf Malaria vorgenommene Untersuchung ergab keine Malariaparasiten, dagegen zahlreiche Spirillen. Bereits am 9. Februar 1902 war die Temperatur zur Norm abgefallen, das Bewußtsein wiedergekehrt und die Spirillen konnten nicht mehr nachgewiesen werden. Bis zum 16. Februar war Patient fieberfrei. An diesem Tage erfolgte eine neue Temperatursteigerung auf über 39° C., welche während des 17. Februar anhielt, um am 18. wieder normaler Temperatur Platz zu machen. Ein weiterer Rückfall trat bei diesem Patienten nicht ein. Seitdem wurde in noch zwei anderen Fällen Typhus recurrens festgestellt."

Ganz unabhängig von diesem Falle hatte Brückner in Tabora, einer ca. 500 km östlich von Tanga im Innern von Deutsch-Ostafrika gelegenen Station, schon im Januar 1902 die ersten Rekurrenserkrankungen in der Kolonie bei einem vor kurzem aus Suakim (Nubien) eingeführten Sudanesenaskari nachgewiesen. Bald nach diesen zuerst bei Sudanesen festgestellten Infektionen traten auch bei Europäern eine Anzahl von Erkrankungen auf, über welche der Medizinalbericht des Schutzgebietes von 1903/04[7]) aussagt: „Eine Reihe von Europäern, die auf der großen Karawanenstraße nach Daressalam reisten, erkrankten hier bald nach ihrer Ankunft an Rückfallfieber. Die Gleichartigkeit dieser Fälle wies auf eine gemeinsame Infektionsquelle hin, als welche bei Annahme einer 5—6 tägigen Inkubationszeit das Lager am Ruvufluß (Mafissifähre) in Verdacht kam. Jedoch konnten an Ort und Stelle vorgenommene Untersuchungen nichts Bestimmtes über die Herkunft des Krankheitserregers und seinen Ueberträger ermitteln."

Wenn wir diese zuerst in Deutsch-Ostafrika auf Grund des Spirochätennachweises mit Sicherheit diagnostizierten Fälle von Rekurrens genauer durchmustern, so muß es auffallen, daß dieselben an ganz verschiedenen, weit auseinanderliegenden Punkten unseres Schutzgebietes zur Beobachtung gelangten. Außer dem obenerwähnten aus Kairo angeworbenen Sudanesen betrafen die Erkrankungen eine ca. 100 Mann starke Abteilung Sudanesen, welche Ende des Jahres 1901 von der nubischen Hafenstadt Suakim an der Westküste des Roten Meeres in Daressalam eingetroffen war, um nach kurzem Aufenthalt an der Küste ins Innere nach den verschiedenen Militärstationen weiterzumarschieren.

Wir sehen ferner, daß sich die Epidemie streng an die Karawanenstraße Daressalam—Tabora—Muanza hält, um sich dann weiter durch Uganda von Südwesten nach Nordosten verfolgen zu lassen. Für Uganda, das englische Schutzgebiet am Nordwestufer des großen Viktoria-Nyanzasees, haben Hodges und Ross[8]) das epidemische Vorkommen der Rekurrens nachgewiesen. Sie fanden dort unter 60 zweifelhaften Fällen 12 mal Spirillen, wahrscheinlich Spirilla Obermeieri. Sie impften mit dem Blute der Rekurrenspatienten einen Affen, welcher 5 Tage nach der Injektion an Fieber mit zwei charakteristischen Rückfällen erkrankte. In dem Blute des geimpften Tieres konnten Spirillen nachgewiesen werden. Bei den Menschen, Eingeborenen wie

---

[5]) Dr. W. Dreyer, Bakteriologe beim „Departement of public Health" und Direktor des Hospitals für Infektionskrankheiten in Kairo: Ueber durch Protozoen im Blut hervorgerufene Erkrankungen bei Menschen und Tieren in Aegypten. Menses Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Jahrg. 1910, Bd. 14, S. 37 ff.

[6]) Dr. Werner, Stabsarzt in der kaiserl. Schutztruppe f. Deutsch-Südwest-Afrika, abkommandiert zum Institut: Zur Epidemiologie der afrikanischen Rekurrens. Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg. (Leiter: Prof. Dr. Nocht.) Menses Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Jahrg. 1906, Bd. 10, S. 776 ff.

[7]) Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete Deutsch-Ostafrika, Kamerun, Togo usw. für das Jahr 1903/4. Herausgegeben von der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes. Berlin 1905.

[8]) Aubrey D. P. Hodges and Philipp H. Ross: Notes on cases of Spirillum fever in Uganda. Brit. Med. Journal, 1. April 1905.

Europäern, waren die Spirillen stets sehr spärlich im Blut und wurden bei den Rezidiven, welche 5, 7 und 19 Tage nach dem ersten Anfall auftraten, stets vermißt.

Was nun den Kern der Sache: die Art der Uebertragung der Rekurrens im tropischen Afrika überhaupt und in Deutsch-Ostafrika insbesondere, angeht, so muß es auffallen, daß der sonst so sorgfältig redigierte Medizinalbericht über die deutschen Kolonien von 1903/04 besagt, daß bei jener ersten im deutschen Schutzgebiet beobachteten Epidemie an Ort und Stelle vorgenommene Untersuchungen nichts Bestimmtes über die Herkunft des Krankheitserregers und seinen Ueberträger zu ermitteln vermochten. Lesen wir doch in der obenzitierten Wernerschen Arbeit, daß am oberen Kongo die Rekurrens, von den Engländern „Tickfever", d. h. „Zeckenfieber", genannt, schon seit langem bekannt ist. Denn der französische Arzt Dr. Hinde[9]) schreibt bereits i. J. 1892 von Fiebererkranknugen in der Nähe von Kasongo, welche die Eingeborenen mit Zecken in Zusammenhang brachten. Von den Negern Deutsch-Ostafrikas erzählt Albert Plehn[10]) gleichfalls, daß auch ihnen schon seit langer Zeit die Abhängigkeit jener fieberhaften Erkrankung von dem Biß der Zecken (auf Suaheli „Papasi") bekannt sei.

Präzise Angaben betreffend die Uebertragung der Rekurrensspirillen durch den Biß infizierter Zecken liefern freilich erst Dutton und Todd[11]). Sie beobachteten ihren ersten einwandfreien Rekurrensfall mit Spirochätenbefund i. J. 1904 am oberen Kongo und berichten über das Vorkommen der Zecken wie folgt: „Obgleich die Zecken in den arabisierten Plätzen am oberen Kongo, zwischen Kasongo und Ponthierville, zahlreich vorkommen, sind sie gänzlich unbekannt in jenen Eingeborenendörfern, welche mehr als eine Stunde von der Karawanenstraße entfernt liegen. Die Rasthäuser für die Eingeborenen sind stets am meisten heimgesucht. In einzelnen am weitesten stromabwärts gelegenen Orten, in welchen sich Zecken fanden, schienen einzig und allein die Rasthäuser die Zecken zu beherbergen.

Für Deutsch-Ostafrika war es kein Geringerer als Robert Koch, welcher durch unermüdliche Arbeit und genaues Studium die einschlägigen Verhältnisse klärte. Er stellte fest, daß hier im Gegensatz zum Kongostaate die Zecken sich nicht auf gewisse Wege und Straßen beschränken, sondern höchstwahrscheinlich über das gesamte Schutzgebiet verbreitet sind. Denn sie kommen auch in Ortschaften vor, welche fern vom Karawanenverkehr liegen. Infizierte Zecken fand Koch in allen Orten an der Karawanenstraße von Daressalam über Kilossa hinaus bis Iringa, d. h. ca. 500 km von der Küste an der großen zum Tanganikasee führenden Karawanenstraße. Sie fehlten aber auch nicht in den Dörfern des Rubehogebirges und in Ortschaften, welche abseits vom Karawanenverkehr liegen.

Möglich, daß dieser Unterschied durch die Verkehrsverhältnisse bedingt wird. Das Innere Deutsch-Ostafrikas ist seit Jahrhunderten dem Verkehr erschlossen, wogegen die Gebiete Zentralafrikas, vor allem der Kongo, erst in jüngster Zeit von den Arabern und in den letztvergangenen Jahren auch durch die Europäer dem Verkehr zugänglich gemacht wurden. Während also in unserer ostafrikanischen Kolonie die Rekurrens Zeit fand, bis in die abgelegensten Plätze des Innern vorzudringen, blieb sie in Zentralafrika und dem Kongogebiet bisher noch auf die Rasthäuser der Karawanenstraße beschränkt.

Die Rekurrensepidemie von 1902/03 angehend, so glaubt Werner, daß es sich zunächst um eine Epidemie unter den im Jahre 1901 aus Suakim eingeführten Sudanesen gehandelt hat. Sie erwuchs auf dem Boden einer älteren Endemie, welche im weiteren Verlauf zu einem epidemieartigen Anwachsen der alten ursprünglichen Endemie unter der eingesessenen Bevölkerung an den Karawanenstraßen bis nach Uganda hinauf führte.

Später hat Robert Koch[12]) das Resultat seiner umfassenden Untersuchungen über die Aetiologie des afrikanischen Rückfallfiebers folgendermaßen zusammengefaßt:

„Der Mensch wird infiziert durch die Zecken, und zwar wahrscheinlich vorzugsweise, vielleicht einzig und allein, durch die jungen Zecken. Er übersteht in den endemisch verseuchten Gegenden die Krankheit schon in frühester Jugend und wird dadurch immun. Die Zecke muß sich entweder wieder an frischen Fällen infizieren, oder an Menschen, die noch vereinzelte Spirochäten haben, vielleicht auch an einem anderen Wirte."

[9]) S. L. Hinde: La chute de la dominion des Arabes de Congo. Falk & Co., Brüssel, Kap. XII, S. 3.

[10]) Albert Plehn: Tropenhygiene, 1912.

[11]) Liverpool school of tropical medic. Memoir XVII, 5 Report.

[12]) Robert Koch: Ueber afrikanische Rekurrens. Berlin. klin. Wochenschr., 1906, No. 7.

Die Zecken (Ixodidae) zählen zu der Familie der Spinnentiere und der Ordnung der Milben. Ihr Saugapparat, welcher durch das zu einer Röhre umgestaltete erste Unterkieferpaar gebildet wird, ist sehr kräftig. Die Zecken erreichen in den heißen Ländern eine Größe bis zu 1 cm. Sie nähren sich vom Blute der Säugetiere, Vögel und Reptilien, auf deren Haut sie sich festsaugen. Hierbei können die kleinsten Arten von knapp 2 mm Länge bis zu der Größe einer Bohne anschwellen, so daß sie bei zahlreichem Vorkommen ihrem Wirte ein beträchtliche Menge Blut zu entziehen imstande sind. Die Spirilla Obermeieri der Rekurrens wird übertragen durch Ornitodorus moubata Murrey.

Mittels einer Anzahl mühevoller Versuche ist es dem englischen Forscher Leishman[13]), dem Entdecker des Erregers der Kalar azar, geglückt, den Gang der Umwandlung der Rekurrensspirillen im Magen-Darmkanal der Zecke genau zu verfolgen. Nach L.s Beobachtungen erscheint es möglich, daß die natürliche Infektion durch Zeckenbisse nicht auf dem Wege der Einimpfung unveränderter Spirochäten aus den Speicheldrüsen erfolgt, sondern durch die Chromatinkörperchen, die entweder aus dem Verdauungskanale aufgestiegen, oder in das Sekret der Malpighischen Kanäle übergegangen sind, welches die Zecken beim Saugakt bisweilen entleeren. In letzterem Falle können die Chromatinkörperchen leicht durch die Stichwunde in den Organismus des gestochenen Tieres gelangen. (Schluß folgt.)

San.-Rat Dr. **Fritz Schanz** (Dresden): **Zur Prophylaxe der Diphtherie.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 8.)

Brückner hat an den Beispielen von Leipzig, Hamburg, Dresden gezeigt, wie alle prophylaktischen Maßnahmen auf den Gang der Seuche in den letzten 10 bis 15 Jahren ohne Einfluß geblieben sind. Auch von Halle, wo die Morbiditätskurve in den letzten Jahren mit verschärften prophylaktischen Maßnahmen einen Abfall zeigte, hat er gezeigt, daß diese Kurve nicht beweisend wäre. Wenn man jetzt sieht, sagt Verf., daß 15 Jahre lang durchgeführte prophylaktische Maßnahmen, die auf die Vernichtung der Löfflerschen Bacillen abzielen, auf den Gang der Epidemie ohne Einfluß geblieben sind, so sollte man prüfen, ob die Voraussetzungen, auf die hin man diese Maßnahmen getroffen, richtige sind. Jetzt wäre es an der Zeit, einmal zu prüfen, ob nicht andere Anschauungen den Verhältnissen besser entsprechen. Der Kampf gegen den Löfflerschen Bacillus ist zwecklos, wenn noch ein anderer, uns völlig unbekannter Faktor dazugehört, um ihn im Diphtherieprozesse giftig zu machen. Diesen zweiten Faktor müssen wir bekämpfen. Gegen einen unbekanten Feind hält dies schwer. Wir sind hier in derselben Lage wie bei vielen anderen Infektionskrankheiten. Wir müssen uns beschränken auf die Maßnahmen, den Kranken während der Krankheit und in der ersten Zeit nach der Krankheit zu isolieren, die Gegenstände der Umgebung gründlich zu reinigen. Die Dauerausscheider werden uns nur insoweit kümmern, als sie eben Diphtherie überstanden haben; die Nebenträger (Conradi) werden uns keine Sorge machen.

Dr. **Otto Hesse**, früherer Volontärassistent der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin: **Ehrlichs Amidobenzaldehydreaktion im Harne bei Scharlach und scharlachähnlichen Exanthemen.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 8.)

Umber schlägt vor, zur Differentialdiagnose zwischen Scharlach und dem seltenen scarlatiniformen Serumexanthem die Untersuchung des Harnes auf Urobilinogen heranzuziehen. Falls die Reaktion eindeutige Resultate gibt, wäre ohne Frage dadurch etwas gewonnen, weil es sich um eine einfache, für die Praxis geeignete Probe handelt. Auf 1 bis 2 ccm frisch gelassenen Harn nimmt man fünf Tropfen einer Lösung von Paradimethylamidobenzaldehyd 2,0, Acid. muriat. 30,0, Aq. dest. ad 100,0. Intensive Rotfärbung in der Kälte zeigt Vermehrung der Urobilinogenausscheidung an; als schwach positiv ist die Probe anzusehen, wenn in der Kälte eine leichte Verfärbung, beim Erwärmen eine intensive Rötung auftritt. Die auch bei Gesunden vorkommenden kleinen Mengen von Urobilinogen geben bei Erwärmen eine mehr bräunliche Farbe. Die klare Rotfärbung, ohne jeden braunen Ton, ist für den positiven Ausfall unbedingt zu fordern. Die Untersuchung von 92 Patienten mit Scharlach und 20 mit Serumexanthem ergab Verf. folgendes: Der positive Ausfall der Urobilinogenprobe kann in zweifelhaften Fällen eines scarlatiniformen Exanthems zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose des Scharlachs herangezogen und gegen Serumexanthem und eine Reihe von anderen Infektionskrankheiten verwandt werden, kann aber niemals allein die Diagnose bestimmen. Der negative Ausfall auf der Höhe des Exanthems — und zwar nur in dieser Zeit — ist bei Scharlach zwar ungewöhnlich, ist aber nicht allzu selten. Kr.

[13]) W. B. Leishman: Preliminary note on experiments in connection with the transmission of the tick fever. Journal of the royal army Medical Corps, 1909, XII, No. 2, S. 128.

Dr. **Erich Querner** (Hamburg-Eppendorf): **Ueber Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Da Verf. mit Recht der Ansicht ist, daß für den Nachweis von virulenten Tuberkelbacillen im Blut der mikroskopische Nachweis nicht genügt, so stellte er von vornherein nur Tierversuche an. Es wurde untersucht das Blut von 37 an chronischer Lungentuberkulose leidenden Personen (7 Frauen, 30 Männer). Davon gehörten 8 dem 1. Stadium, 4 dem 2. Stadium, 25 dem 3. Stadium an. Einige Fälle waren noch mit Tuberkulose anderer Organe (meist Larynx und Darm) kompliziert. In keinem der untersuchten Fälle gelang es bei den mit dem Blut der Patienten infizierten Meerschweinchen Tuberkulose hervorzurufen. Es kamen jedesmal 10 ccm Blut aus der Vena mediana der Patienten zur Verwendung, die in von Verf. näher angegebener Weise mit Antiforminlösung verarbeitet wurden. (Zur Kontrolle wurden 2 ccm bacillenhaltiges Sputum in derselben Weise behandelt und auf Meerschweinchen verimpft: mit positivem Resultat.) Die Tierversuche ergaben somit das Resultat, daß bei den 37 Fällen von chronischer Lungentuberkulose Tuberkelbacillen im Blut nicht nachgewiesen werden konnten.

Dr. **Alfred F. Hess** (New York): **Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling vermittelst eines einfachen Duodenalkatheters.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Wie Verf. ausführt, ist es bei Kindern bis zu 2 Jahren möglich, einen einfachen Nélatonkatheter 15 (F) durch den Magen in das Duodenum einzuführen. Die Abstände 20, 25 und 30 cm von der Oeffnung werden auf dem Katheter bezeichnet, evtl. einfach mit Tinte, um die Beurteilung der Lage des Katheters während des Verschiebens zu sichern. Weiter braucht man einen Aspirator resp. eine einfache Aspirationsspritze. Der Katheter wird mit Wasser befeuchtet, ohne Zuhilfenahme des Fingers, eingeführt und schnell in den Magen geschoben. Verf. bevorzugt dabei die Rückenlage des Kindes bei festgebundenen Händen. Bei einem 2 Monate alten Kinde beginnt die Entleerung von Mageninhalt, sobald die 20 cm-Marke dem Kieferrand auf 3—4 cm genähert ist. Nach Entleerung des Magens wird der Katheter weitergeschoben. Dabei findet sich zunächst kein Widerstand. Erst wenn die 20- oder 25 cm-Marke am Kieferrand anlangt, pflegt das Gefühl eines Widerstandes sich einzustellen und Würgen zu erfolgen als Zeichen, daß die Katheterspitze den Pylorus berührt. Wartet man jetzt ab, bis das Kind ruhig geworden ist, und schiebt das Instrument über die 25 cm-Marke hinaus, so dringt es in den meisten Fällen in das Duodenum. — Der Duodenalkatheter ermöglicht die Unterscheidung von Pylorospasmus und Pylorusstenose, nötigenfalls unter Kontrolle des Röntgenschirms und unter Voraussetzung, daß keine organische Pylorusobstruktion vorliegt. In diesen Fällen von Pylorospasmus kann der Katheter zur Duodenalernährung verwendet werden, ähnlich wie das bei Erwachsenen möglich ist. Die Einführung der Sonde scheint den Spasmus zu mildern. Auch für wissenschaftliche Untersuchungen ist der Duodenalkatheter verwendbar. Er gestattet direkte Gewinnung von Pankreassekret, er ermöglicht z. B. die Feststellung, daß die drei Pankreasfermente einschließlich des diastatischen Ferments bereits in den ersten Lebenstagen vorhanden sind. Bei Atrophikern liegt keineswegs ein merklicher Mangel an Pankreasferment vor. Bei manchen dieser Kinder findet sich neben Hyposekretion des Magens reichliches dünnes, wässeriges Darmsekret und darin alle 3 Pankreasfermente, Lipase allerdings nur in geringer Qualität. Auch bei manchen Fällen von Hypersekretion des Magens findet sich eine Pankreashypersekretion. Mittels des Katheters kann auch die Erforschung des Icterus neonatorum auf neuem Wege in Angriff genommen werden. Bei Fällen von kongenitaler Obliteration der Gallenwege kann festgestellt werden, ob auch der Pankreasausführungsgang verschlossen ist oder nicht. Der mit einer sterilen Gelatinekapsel versehene Katheter kann zur Entnahme von Dünndarminhalt zu bakteriologischer Untersuchung Verwendung finden (enteritische Infektionen, Dysenterie, Typhus, Amöbenerkrankungen). Bei einem typhuskranken Kinde fanden sich im Duodenalinhalt Typhusbacillen fast in Reinkultur. R. L.

Dr. **Rudolf Uhlirz** (Reichenberg): **Theorie und Behandlung der Pädatrophie.** (Prager med. Wochenschr., 1913, No. 9.)

Man nimmt meist an, daß die Pädatrophie auf Grund von Erkrankungen des Verdauungstraktes entstehe — ein Umstand, welcher vielfach dazu Veranlassung gegeben hat, die Therapie der Atrophie kurzerhand mit der Behandlung der chronischen Darmkatarrhe zu identifizieren. Zu Unrecht! Denn es ist nicht selten, daß Atrophie bei Säuglingen besteht, welche nie an irgendeinem Magen- oder Darmkatarrh gelitten haben. Nach Verf. ist die Abzehrung der Säuglinge vielmehr als eine Allgemeinerkrankung aufzufassen, als eine „Säfteveränderung". Es gibt primäre und sekundäre Pädatrophien. Für erstere kommt vor allem eine Allgemeinbehandlung, für letztere eine Behandlung des ursächlichen chronischen Darmkatarrhs unter gleichzeitiger Allgemeinbehandlung in Betracht. Bei der primären Abzehrung der Säuglinge besteht die Aufgabe darin, die vitale Energie der Zellen zu erhöhen. Dabei kommt vor allem Arsen in Betracht, weil von ihm Aufnahme in die Zellkörper, Volumzunahme der Zellen, Vermehrung der Erythrocyten, Zellregeneration, Verhinderung des autolytischen Absterbens von Zellen, Begünstigung von Fettablagerung nachgewiesen ist und sich somit eine Anregung der Zellernährung erwarten läßt. Doch stand bisher der Anwendungsmöglichkeit des Arsens einerseits seine allzu hohe Giftigkeit und daher die Gefahr der Ueberschreitung der therapeutischen Dosen, andererseits die häufige Unberechenbarkeit der Toleranz von Säuglingen entgegen. Erst durch die Beobachtung, daß durch Bindung an Eiweiß (ebenso wie manche andere sonst sehr giftige chemische Elemente) auch Arsen an Giftigkeit verliert, ließen sich häufigere Versuche rechtfertigen, das Arsen in dieser Form bei Säuglingen anzuwenden. Und so hat Verf. atrophische Säuglinge mit Arseneiweiß behandelt, und zwar mit Dosen von 0,0001 g pro die und 3000 g Körpergewicht des kleinen Patienten. Die Tagesgaben ließ er allmählich auf 0,0003 g steigen, indem alle 4—7 Tage ein Zehntel Milligramm zugesetzt wurde. Die Behandlung wurde dann so lange fortgesetzt, bis der Säugling anscheinend außer Gefahr war und das Arsen endlich in doppelt so langsamem Tempo entzogen werden konnte. Diese Therapie muß oft viele Wochen lang fortgesetzt werden. Für diese Behandlungsart verwendete Verf. die Pflanzeneiweißverbindung „Arsan" (Arsenglidine von Dr. Klopfer in Dresden-Leubnitz). Diese eignete sich dazu gut, weil sie den Kranken bekömmlich war und weil sich die Tabletten mit 0,001 g Arsengehalt leicht zu einem Pulver zerdrücken und in 10 Teile teilen lassen; davon wurden anfangs stets eine, später mehrere Portionen der Tagesnahrung des Flaschenkindes zugesetzt. Vor allem konnte das Präparat auch für Säuglingsbehandlung in Betracht kommen, weil die Giftigkeit infolge allmählicher Bildung und Resorption der arsenigen Säure herabgesetzt ist. Verfasser hat diese Behandlungsart bei einer Reihe von Pädatrophien sowohl mit wie ohne Darmerkrankungen in Anwendung gebracht und dabei keinen der Patienten verloren. Am besten haben die Fälle reagiert, welche noch ohne bedeutende Verdauungsstörung in Behandlung genommen werden konnten; einzelne dieser Fälle zeigten direkt auffallende Erfolge. Aber auch die darmkranken Atrophiker besserten sich unter gleichzeitiger diätetischer Behandlung ihrer Enteritis allmählich und es gelang, die Patienten zu befriedigendem Gedeihen und so über das gefährliche erste Jahr zu bringen. Je früher man den Pat. in Behandlung nehmen kann, desto schönere Erfolge lassen sich erzielen. Bei Atrophien ohne Verdauungskatarrhe bewirken oft schon kleinste Arsandosen Ruhigwerden des sonst unruhigen Kindes, guten Schlaf, regelmäßige Nahrungsaufnahme, Gewichtsvermehrung und bleibend gutes Aussehen. Die chronischen Darmkatarrhe scheiden sich in solche (sekundäre), welche ein Symptom oder eine Folgekrankheit der primären Pädatrophie bedeuten, und in andere, die eine eigene Erkrankung darstellen und die dann auch eine Atrophie im Gefolge haben können. Bei letzterer Art von Abzehrung, den sekundären Atrophien, wird infolge der primären Darmerkrankung sowohl der Komplementgehalt vermindert als auch überhaupt die in die Körpersäfte vom Darm übergehende Kalorienmenge ungenügend sein. Die primären Atrophien verlaufen mit dünnen oder harten, gelben, nicht stinkenden Exkrementen ohne Schleimbeimengungen, die sekundären Atrophien mit wirklichen enteritischen Stühlen und gestörter Nahrungsaufnahme. Bei den rein pädatrophischen Darmstörungen läßt Verf. (zunächst wenigstens) keine Aenderung in der bisherigen Ernährung eintreten, wenn sie halbwegs den Grundsätzen der modernen Säuglingsernährung entspricht, sondern verordnet außer Hygiene des Säuglingslebens bloß Arsenglidine. Es bessert sich die Darmstörung häufig in dem Maße, als die Atrophie in Ausheilung übergeht, ohne besondere Ernährungstherapie; nur auf den Chlorgehalt der Nahrung hat Verf. Gewicht gelegt, weil dieser gewiß bei Zellennährung und Säfteverteilung des Körpers mitspricht. Bei den chronischen Enteritiden aber, welche gleichzeitig mit der Atrophie bestehen und schon vorher bestanden haben, muß außer der Arsenglidinegabe vor allem mit Darmspülungen, Hunger- und folgender Mehldiät, dann möglichst Ammenernährung eingesetzt werden. Aber auch diese schweren Darmkatarrhe gehen viel eher in Heilung aus, wenn gleichzeitig die Atrophie des körperlichen Zellbestandes durch Arsen bekämpft wird. Bei eventuell gleichzeitig bestehender Indikation für Eisengaben hat Verf. Ferroglidine verwendet, weil diese Eisen-Eiweißverbindung dem Arsen-Glidine analog gebildet ist und sich deshalb am besten für Beigabe eignet. Kr.

Dr. **Adolf Kutschera** (Innsbruck): **Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Verf. lehnt die Theorie, daß Kropf und Kretinismus durch ein im Trinkwasser enthaltenes Agens hervorgerufen werden, ab; seinen Standpunkt begründet er ausführlich und faßt seine Gegengründe folgendermaßen zusammen: 1. Die Kropfquellen

halten einer Ueberprüfung nicht stand. 2. Kropf- und Kretinismusepidemien werden nur in Wohnungsgemeinschaften, niemals aber in Wassergemeinschaften beobachtet. 3. Die Tierexperimente beweisen zum größten Teile, daß Kropf und Kretinismus zum mindesten auch ohne Wasser entstehen können. 4. Die epidemiologischen Erfahrungen über das Auftreten und Verschwinden von Kropf und Kretinismus in Familien und Häusern weisen darauf hin, daß die Ursache beider Störungen im Hause und in der Wohnung, in der nächsten Umgebung der Kranken oder in diesen selbst zu suchen ist. Die Uebertragung der Schädlichkeit durch einen Zwischenwirt hat eine große Wahrscheinlichkeit für sich. (Verf. weist darauf hin, daß neuerdings in Brasilien von Carlos Chagas eine Schilddrüsenkrankheit beobachtet worden ist, welche besonders in den chronischen Formen in mancher Beziehung dem Kretinismus sehr ähnelt. Diese Krankheit wird hervorgerufen durch den Stich einer Baumwanze, welche eine Trypanosomenart überträgt.) R. L.

Chirurgie.

Regimentsarzt Dr. **Richard Frank**, Chefarzt der Chir. Abt. im Garnisonsspital 20: **Entfernung einer verschluckten Nadel aus der Ampulla recti.** (Wiener med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Ein Soldat schluckte beim Trinken im Finstern aus einem Trinkbecher eine in demselben vergessene Nähnadel mit. Die Nadel blieb im Pharynx stecken, doch gelang es mit Hilfe eines nachgeschluckten größeren Brotstückes, sie in den Magen zu verschlingen. Seither besteht allgemeine Abgeschlagenheit und Konzentrierung des Gedankenkreises auf den im Abdomen vermuteten Fremdkörper, nebst ziehenden und stechenden Schmerzen, welche sich in Intervallen von einigen Tagen zuerst in der Magengegend, dann auf den Mac Burneyschen Punkt und auf die Gegend der Flexura sigmoidea lokalisieren ließen. Nach 2 Monaten wurde mittels Röntgenstrahlen festgestellt, daß die Nadel in der Ampulla recti steckte. Es wurde hierauf eine Digitaluntersuchung per anum vorgenommen und die Nadel an der rückseitigen Wand der Ampulla recti quer mit Spitze und Oese aufgespießt gefunden. Die Entfernung der Nadel geschah mittels einer großen Lumnitzerschen Pinzette, welche neben dem untersuchenden Finger und unter Führung desselben geschlossen in den After vorgeschoben wurde. Nachdem der tastende Finger durch seitliches Verdrängen der Rektalschleimhaut von der Nadelspitze dieses Ende freigemacht hatte, konnte die Nadel mit dem hakenförmig gekrümmten Finger um den als Stützpunkt dienenden und in der Schleimhaut noch fixierten Oesenteil herum nach unten gebracht werden, so daß die Längsachse der Nadel nunmehr mit jener des Rektalrohres übereinstimmte. Nach Vorschieben der in der Ampulla geöffneten Branchen der Klemme wurde nun die Nadelspitze mit dem palpierenden Finger zwischen dieselben dirigiert, die Zange geschlossen und die Nadel auf diese Weise ohne weitere Läsion der Schleimhaut aus der Rektalhöhle entfernt.

Das Verschlucken von Näh- oder Stecknadeln kommt relativ häufig vor, birgt in der Regel weniger Gefahren in sich, als dies bei nur physikalischer Betrachtung des vielfach gekrümmten Intestinaltrakts angenommen werden könnte. Es bilden nur einige physiologische Engen oder Buchten Hindernisse für das Weiterdringen der verschluckten Nadel, wenn dieselbe einmal über den Rubikon, das ist die Laryngo-Pharyngealgegend, glücklich hinübergeraten ist. Im Oesophagus selbst sind auch physiologische Verengerungen, und zwar in der Höhe der Cartilago cricoidea, an der Bifurkationsstelle und an der Pars diaphragmatica, wo die Nadel steckenbleiben und evtl. durch das Oesophagusrohr dringen kann, mit Herbeiführung einer mehr oder minder schweren Mediastinitis. Aus dem Magen läßt der enge Pylorus den unerwünschten Gast eventuell auch infolge reflektorischen Pylorospasmus schwer heraus. Den ganzen Dünndarmtrakt passiert die Nadel auch dann anstandslos, wenn sie zufällig mit der Spitze nach vorne gerichtet ist. Diese verfängt sich nämlich bald an einer Falte der Mukosa, bohrt die Darmwand jedoch selten durch, es wird vielmehr um die Spitze herum durch die kleinzellige Infiltration ein Schutzwall gebildet, welcher der Nadelspitze als Stützpunkt zu einer durch den Strom des Darminhaltes bedingten Drehung des rückwärtigen Nadelteils um diesen Punkt herum zu dienen berufen ist. So wandert nun die Nadel gewöhnlich mit dem stumpfen Teil nach vorn gerichtet bis zur Ileocoecalklappe, ebenfalls einer Prädilektionsstelle für das Steckenbleiben von Fremdkörpern. Häufig verfangen sich diese im blinden Sacke des Coecum und des Wurmfortsatzes. Die letzte Gefahr für das Steckenbleiben des Fremdkörpers bildet der untere Teil der Ampulla recti mit seinen Morgagnischen Falten und seinen Schließmuskelringen, besonders bei größeren Houstonschen Klappen. Kr.

Wilhelm Danielsen (Beuthen): **Allgemeine eiterige Peritonitis durch Bandwurm.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Verf. berichtet über einen Fall von eitriger Peritonitis bei einer Frau, in welchem durch Laparotomie Heilung eintrat. Es fand sich bei der Operation in der freien Bauchhöhle ein Bandwurm, dessen Kopf in die rechte Tube, neben welcher eine Ovarialcyste bestand, eingedrungen war. Ovarium und Tube wurden ebenfalls reseziert. Die Perforationsstelle, durch welche der Parasit ausgetreten war, fand sich ½ m oberhalb der Valvula Bauhini im Dünndarm. Im allgemeinen durchbohrt ein Bandwurm nicht selbst die Bauchwand. Der Vorgang war offenbar folgender: Die Frau hatte vor 2 Jahren an eitriger Oophoritis und Salpingitis gelitten. Dabei kam es zu einer Verklebung zwischen Fimbrien und Darm mit Perforation des Eiters in den Darm. Durch diese Perforationsstelle gelangte der Bandwurm in die Tube. Da die Salpingitis infolge des guten Abflusses ausheilte, lockerte sich die Verklebung zwischen Fimbrie und Darm und löste sich unter der Einwirkung der Bandwurmbewegung. Der Rest des Bandwurmes trat aus der Darmperforation in die freie Bauchhöhle und bewirkte dort zugleich mit dem ausgetretenen Darminhalt eine allgemeine eitrige Peritonitis. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Hugo Müller** (Mainz): **Dauererfolge der Salvarsanabortivkuren der Jahre 1910—11.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Verf. berichtet über die von ihm bei primärer Syphilis an Privatpatienten bis Ende 1911 durchgeführten Abortivkuren. Es wurden ausschließlich die negativ reagierenden Sklerosenfälle abortiv behandelt. Bis Mitte 1911 erfolgten in der Regel 2, später 3 intravenöse Salvarsaninfusionen (à 0,4—0,5 g). Die zugleich in Anwendung gebrachte Quecksilberkur wurde in den meisten Fällen mit Zielers 40 proz. Kalomelöl (5 mal 0,05—0,07) und abschließend mit 40 proz. Mercinol (5 mal 0,1 bis 0,14) durchgeführt. Bis Ende 1911 wurden 39 Wassermann-negative Primäraffekte behandelt. Von diesen konnten 30 dauernd (auch serologisch) kontrolliert werden. Bei der Salvarsanbehandlung wurde, wenn möglich, der Primäraffekt im Gesunden exzidiert; andernfalls wurde gründlich kauterisiert. Die Patienten traten zum großen Teil sehr früh in Behandlung, oft nur mit Erosionen, bei denen die Diagnose erst durch Spirochätennachweis im Dunkelfeld gestellt wurde. Die 30 Fälle blieben nun bis Ende 1912 klinisch symptomfrei und serologisch negativ. — In Fällen, in denen aus irgendwelchen Gründen auf die intravenöse Injektion von Salvarsan verzichtet werden muß, macht Verf. die intramuskuläre Injektion von Joha nach Schindler; wenn man sich genau nach den von Schindler gegebenen Vorschriften richtet, ist die Johainjektion schmerzlos und hinterläßt keine dauernden Infiltrate. Es ist aber nach Johainjektion Bettruhe von mindestens 2 Tagen nötig, während nach Verf. bei intravenöser Injektion von Salvarsan nur 20—24 Stunden Bettruhe nötig sind. R. L.

Dr. med. **Köhler** (Erfurt): **Klinische Erfahrungen mit Perhydrol.** (Klin.-therap. Wochenschrift, 1913, No. 3.)

Verf. hat bei Angina und Diphtherie sehr gute Erfahrungen mit Wasserstoffsuperoxyd zu verzeichnen. Er verwendet eine Mischung von 3,0 Perhydrol und 30.0 Glyzerin zum Pinseln des Halses, sowie eine verdünnte Perhydrollösung 6,0 in 300,0 Aq. dest. (1—2 Eßlöffel voll auf eine Tasse Wasser) zum Gurgeln. Die lokale Applikation des Perhydrolglyzerins scheint besonders wirksam zu sein. In einem Falle von lakunärer Angina besserten sich die Halsbeschwerden sofort, die lakunären Beläge wurden durch den Sauerstoffschaum herausgerissen. Anfälle von katarrhalischer Angina konnten durch Pinselungen mit Perhydrolglyzerin sofort coupiert werden. Bei Diphtherie wurden die Pinselungen, mit nachfolgender Spülung mit verdünnter Perhydrollösung stündlich vorgenommen, wobei jedesmal unter kolossaler Schaumentwicklung Teile der diphtherischen Membranen herausgeschleudert wurden. Die neben der Serumbehandlung einhergehende Desinfektion der Hals- und Rachenteile von Diphtheriekranken durch Perhydrol hat sich in den auch bakteriologisch kontrollierten Fällen Köhlers als sehr wirksam erwiesen. Sie ist auch bei Kindern durchführbar, die noch nicht imstande sind, eine aktive Desinfektion der Halsorgane durch Gurgelungen selbst vorzunehmen. —k.

Dr. **Paul Sackur** (Breslau): **Experimentelle und klinische Beiträge zur Kenntnis der Hormonalwirkung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Verf. berichtet über Versuche, die er mit dem verbesserten Hormonal (Zuelzer) anstellte. Zunächst wollte er feststellen, ob das Hormonal eine blutdruckherabsetzende Wirkung hat. Die Versuche wurden an Kaninchen, Hunden und Katzen angestellt. Die injizierte Dosis wurde stets um ein Vielfaches höher (im Verhältnis zum Körpergewicht) gewählt als die beim Menschen angewendete therapeutische Dosis. So erhielt z. B. ein Kaninchen von 2700 g Gewicht innerhalb 36 Minuten 3 Injektionen von 2, resp. 4, resp. 3 ccm Hormonal: ein 10 kg schwerer Hund erhielt 15 ccm, ein 3 kg schwerer Hund erhielt

3 und 5 ccm. Die Injektionen wurden in die Vene gemacht, und zwar nach Vorschrift der Fabrik sehr langsam, so daß etwa 1 ccm pro Minute in die Vene einfließt. Es zeigte sich bei den Kaninchenversuchen, daß der Blutdruck bei dieser langsamen Injektion durch Hormonal nicht erniedrigt wird. Kurz nach der Injektion war eine mäßige Pulsverlangsamung zu beobachten, die nur bis zu einer Minute anhielt und von einer kurzen Pulsbeschleunigung gefolgt war, dann wurde die Frequenz wieder normal. Was die Wirkung auf die Peristaltik anlangt, so setzte sehr bald nach der Injektion eine starke peristaltische Darmbewegung ein, die 15—20 Minuten oder länger anhielt und dann allmählich abflaute. Bei Hunden blieb ebenfalls, wenn das Hormonal langsam und gleichmäßig in die Vene injiziert wurde, jede Blutdrucksenkung aus. Dagegen bewirkte das Hormonal bei den Hunden fast niemals eine vermehrte Darmperistaltik. Zwei Versuche an Katzen ergaben sowohl hinsichtlich des Blutdruckes wie der Darmperistaltik genau dasselbe Resultat wie die an Hunden. Auf schnellere Einverleibung von Hormonal reagierten Hunde und Katzen mit erheblichen Blutdrucksenkungen. — Am Menschen hat Verf. das verbesserte Hormonal bisher in 9 Fällen angewendet. Es wurde darauf geachtet, daß das Hormonal langsam einfloß. Dabei trat nur 2 mal nach der Injektion ein leichter Schüttelfrost auf; in einem dritten Falle war die Temperatur für 2 Tage erhöht (bis 39 °). Sonst fehlten außer geringem Hitzegefühl im Kopf während der Injektion und entsprechender Rötung des Gesichts, die regelmäßig zu beobachten war, alle üblen Nebenerscheinungen. Verf. empfiehlt, um das Hormonal langsam einfließen zu lassen, die Anwendung des zur Salvarsaninjektion dienenden Bürettenapparates mit Dreiweghahn. Nach den bisherigen Beobachtungen des Verfassers sind bei langsamer Injektion in die Vene (20 ccm innerhalb 15 Minuten) selbst bei sehr entkräfteten Menschen Blutdrucksenkungen und Kollapse mit Sicherheit auszuschließen. Geeignet für die therapeutische Verwendung des Hormonals sind Fälle von paralytischem (dynamischem) Ileus, von postoperativer Darmparese und einfacher atonischer Obstipation. Bei sogen. spastischer Obstipation und bei mechanischem Ileus (z. B. durch Dickdarmtumoren) ist Hormonal wirkungslos; in solchen Fällen wird durch Hormonal aber kein Schaden angerichtet und die Differentialdiagnose gesichert.

R. L.

Diätetische Therapie.

Stabsarzt a. D. Dr. **Grume** (Fohrde): **Ueber Behandlung der Cholelithiasis mit Rettigsaft.** (Med. Klinik, 1913, No. 13.)

Verf. wurde vor längerer Zeit bekannt, daß in einzelnen Gegenden der Rettigsaft als Hausmittel bei Gallensteinleiden den benutzt wurde, und zwar angeblich mit gutem Erfolge. Nachdem es ihm durch Bekanntschaft in zwei Familien möglich war, näheres darüber zu erfahren und die von ihm gemachten Feststellungen die behaupteten Erfolge bestätigten, nahm er sich der Sache an und konnte sich sehr bald von der trefflichen Wirkung überzeugen. Alle ihm für eine interne Therapie geeignet erscheinenden Fälle von Gallensteinen hat Verf. in den letzten 12 Jahren mit Rettigsaft behandelt und keinen Mißerfolg gehabt. Von vornherein schied er als ungeeignet Komplikationen, wie Empyem, aus, und ferner Fälle, bei denen in der anfallsfreien Zeit Druckempfindlichkeit der Gallenblase fortbestand oder das Allgemeinbefinden und der Appetit nicht völlig in Ordnung waren. Aus diesem Grunde erhielten drei Patienten keinen Rettigsaft. Verf. behandelte also mit Rettigsaft nur solche Fälle, in denen es sich vermutlich um reine Cholelithiasis und primäre oder sekundäre Cholecystitis handelte, das ist mehr als 4/5 aller Fälle.

Die Behandlung mit Rettigsaft wurde in folgender Weise gehandhabt: Die geschälten Rettige, beliebig schwarze und weiße, wurden auf dem Reibeisen oder besser mit einer Reibemaschine zerrieben und von dem erhaltenen Brei durch ein Tuch der reichlich entstehende Saft ausgepreßt. Von dem stets frisch herzustellenden Safte ließ Verf., wenn er, wie meistens, die Kur während oder bald nach einem Anfalle begann, am ersten Tage eine halbe Tasse (ca. 100 ccm), dann eine ganze und sehr bald zwei Tassen voll (400 ccm) täglich trinken. Diese Gabe wurde zwei bis drei Wochen beibehalten und dann allmählich wieder heruntergegangen, bis auf dreimal wöchentlich eine halbe Tasse Saft. Die Dauer einer Kur betrug möglichst 6—8 Wochen. Von den meisten Kranken wird der Geschmack des Rettigsaftes nicht besonders unangenehm empfunden. Bei den Wiederholungskuren gab Verf. anfangs eine ganze Tasse täglich, um dann weiterhin bei einer halben Tasse täglich und zuletzt jeden zweiten Tag beziehungsweise dreimal wöchentlich zu bleiben. In allen unter Verfassers Kontrolle gebliebenen Fällen wurden trotz erreichten Erfolges die Kuren auf seinen Rat jahrelang wiederholt. Die Gegenprobe, ob nach Aussetzen des Mittels von neuem Anfälle auftreten, hat Verf. nicht gemacht. Welchen Bestandteilen des Rettigsaftes der günstige Einfluß zuzuschreiben ist, ist Verf. völlig unbekannt. Was die Art und Weise der Wirkung anbetrifft, so glaubt er nicht, daß der Rettigsaft die bereits gebildeten Gallensteine aufzulösen vermag, wohl aber dürfte er die Gallensekretion derart beeinflussen (vielleicht durch Herabsetzung des Gehaltes an Cholesterin oder durch Auftreten eines das Ausfallen von Konkrementen verhindernden Stoffes), daß z. B. reine Cholesterinsteine nicht weiter wachsen und nicht neu entstehen. Wohl sicher muß die Galle durch den Rettigsaft außerdem auch entzündungswidrige Eigenschaften erhalten, so daß die durch entzündliche Schleimhautschwellungen bedingten Gallenstauungen zurückgehen und wohl auch schwinden. Der Circulus vitiosus, welcher darin gegeben ist, daß Steine und Entzündungszustände sich gegenseitig Anlaß zur Vergrößerung beziehungsweise Steigerung bieten, ist hiermit unterbrochen. Trotz zurückbleibender Steine tritt ein wirkliches Latenzstadium ein. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

Dr. **Georg Magnus** (Marburg): **Wundbehandlung mit Zucker.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

Die fäulniswidrige Kraft des Zuckers ist schon lange bekannt. Man hat deshalb schon früher den Zucker zur Wundbehandlung verwendet. Neuerdings hat Kuhn bei der Peritonitis die Anwendung von Traubenzuckerlösungen empfohlen (4 proz. zur Spülung). Toxinbildung wird durch Zuckerlösungen gehemmt, die Sekretion angeregt, Fibrinausscheidung und damit Verklebung der Darmschlingen gehindert. Neuerdings wurde nun auch in der Marburger chirurgischen Klinik der Zucker bei der Wundbehandlung in Anwendung gezogen, worüber Verf. in vorliegender Arbeit berichtet. Da sich in anfänglichen Versuchen kein Unterschied zwischen Rohrzucker und Traubenzucker in der Wirkung fand, wurde schließlich nur Rohrzucker verwendet. Bakteriologische Versuche ergaben zunächst, daß der käufliche Rübenzucker in keinem einzigen Falle pathogene Bakterien enthielt. Von sämtlichen Proben erwiesen sich 89 pCt. als überhaupt steril; in den übrigen fanden sich harmlose Saprophyten. Auf Grund dieser Resultate wurde der käufliche Rübenzucker ohne jede Vorbereitung zur Wundbehandlung verwendet, ohne jede schädliche Wirkung. 5- bis 10 proz. Rohrzuckerlösungen werden vom Menschen subkutan gut vertragen und resorbiert. Von Kaninchen werden Zuckerlösungen (bis 30 proz.) subkutan und intraperitoneal gut vertragen und resorbiert. Zucker in Substanz, unter die Haut eines Kaninchens gebracht, wurde durch Exsudation gelöst (in 35 Minuten) und nach einiger Zeit völlig resorbiert. Diese Osmose und die direkt baktericide Wirkung der Wasserentziehung ist das Wesentliche, sobald man hochkonzentrierte Lösungen oder sogar Zucker in Substanz verwendet. Es wurde z. B. eine tiefe Wunde trocken ausgetupft und mit Zucker ausgefüllt; ein Verband blieb fort. Bereits nach 10 Minuten war die ganze Zuckermasse durchfeuchtet, nach 15 Minuten begann ein vollkommen klares, dickflüssiges Sekret über den Rand der Wunde zu laufen. Sehr wesentlich scheint auch die fibrinlösende Wirkung des Zuckers zu sein. Fast immer verschwanden die schmierigen Beläge der Wunden auffallend rasch, auch wenn sie bereits längere Zeit jeder anderen Therapie getrotzt hatten. Dies zeigte sich z. B. bei den Ulcera cruris. Die starke Sekretion dabei bewirkt, daß die Verbandstoffe niemals an der Wunde festkleben. Die Verbandstoffe sind mit stark zuckerhaltigem Sekret durchtränkt und absolut geruchlos. Die Granulationsbildung wurde durch den Zucker befördert. Nur tuberkulöse Prozesse verhielten sich der Zuckerbehandlung gegenüber refraktär. Im ganzen wurden ungefähr 100 Fälle mit Zucker behandelt, vorzugsweise große septische Wunden bei akuter und chronischer Osteomyelitis sowie Unterschenkelgeschwüre. Gut bewährte sich die Zuckerbehandlung bei Wunden, die in einem Winkel drainiert oder tamponiert worden waren. Hier reinigten und schlossen sich die häufig sehr hartnäckigen zurückbleibenden Substanzdefekte unter Zuckerbehandlung in sehr kurzer Zeit.

Dr. **Halle** (Charlottenburg): **Die Tonsillenexstirpation, ihre Gefahren und deren Bekämpfung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 8.)

In den letzten Jahren ist die Tonsillenexstirpation, die in Amerika seit längerer Zeit ausgeführt wird, auch bei uns an Stelle der mehr konservativen Eingriffe (Tonsillotomie, Morcellement, Pinselung, Aetzung, Schlitzung Saugbehandlung) mehr und mehr in Aufnahme gekommen. Auch Verf. führt seit einigen Jahren die Tonsillenexstirpation unter bestimmten Indikationen aus, da ihm die konservative Therapie nicht immer genügende Resultate gab. Bei Kindern hält er die Tonsillenexstirpation nur für gerechtfertigt, wenn bei kleinen, versenkten Tonsillen trotz lokaler Behandlung Anginen häufig rezidivieren, oder wenn die vorangegangene Tonsillotomie bei hypertrophischer Tonsille keinen Erfolg zeitigte, endlich in den Fällen, wenn eine der bekannten von den Tonsillen ausgehenden Erkrankungen (rezidivierende Tonsillitis und Peritonsillitis, Adenitis submandibularis tuberculosa und abscedens, Rheumatismus, Endokarditis, Nephritis, sogen. kryptogenetische Pyämie und Sepsis, Appendicitis, Pleuritis) vorliegt resp. befürchtet werden muß. Was die Technik der Tonsillenexstirpation anlangt, so zeichnet sich die Operation nach West durch Schnelligkeit und Eleganz aus. Die Operation wird unter Lokal-

anästhesie ausgeführt; das peritonsilläre Gewebe wird am oberen und unteren Pol der Tonsille und in der Mitte am vorderen Gaumensegel infiltriert; man nimmt dazu von ½ proz. Novocainlösung etwa 10 ccm mit 5—8 Tropfen Suprareninlösung. Man injiziert mit langer, gerader Kanüle. Nach etwa 10 Minuten Injektion von 10 ccm reiner ½ proz. Novocainlösung an dieselben Stellen und unmittelbar darauf Operation. Die Tonsille wird mit Pincette, Hakenzange oder dergl. gefaßt, ein rechtwinklig abgebogenes Messer unmittelbar hinter ihr durch die Umbiegungsstelle des hinteren Gaumensegels geführt, das nach unten und oben scharf abgetrennt wird. Mit einem geraden Messer wird alsdann der untere Pol durchschnitten und das Messer hart am vorderen Rande der Tonsille nach dem oberen Pol geführt, wo der Schnitt endet. Damit ist die Tonsille heraus. Die Operation läßt sich nach hinreichender Uebung bei einigermaßen ruhigen Patienten in 15—30 Sekunden ausführen. Außer der Operation nach West führt Verf. die Operation auch in folgender Weise aus: Nach gleicher Vorbereitung wird die Tonsille oben scharf vorgezogen. Ein über die Fläche gebogenes Messer schneidet oben, hinten und vorn den Gaumenbogen hart entlang der Tonsille ein, schiebt die Schleimhaut vom oberen Pol zurück, durchsticht hier die dünne Kapsel und streift zuerst den hinteren, dann den vorderen Gaumenbogen von der Tonsille mit seiner Fläche ab. Wo festere Verwachsungen sind, werden sie scharf durchtrennt. Der untere Pol wird von der Zungenbasis her lateralwärts und nach oben scharf durchschnitten. Die Operation erfordert etwas mehr Zeit als die Westsche, scheint aber die unmittelbar folgenden Blutungen besser zu vermeiden. Bei Kindern empfiehlt Verf. vor allem die Tonsillenexstirpation nach Sluder (die er nicht näher beschreibt). Die Tonsillenexstirpation ist als kein gleichgültiger Eingriff aufzufassen. Zunächst ist streng darauf zu achten, daß die Gaumenbögen intakt erhalten bleiben. Die wesentlichste und ernsteste Gefahr bei der Enukleation der Tonsille ist jedoch die Blutung und noch mehr die Nachblutung. Die bloße Tamponade der blutenden Stellen ist nach Verf. ungenügend. Er geht in der Weise vor, daß er nach Auslösung der Tonsille einen größeren Tampon gegen den unteren Wundpol drückt und oben die blutenden Stellen aufsucht. Diese sind oft durch die Gaumenbögen verdeckt, und man muß diese zweckmäßig mit einer langen, nicht fest klemmenden Klammer fassen und zur Seite ziehen. Man tupft die Wunde aus und faßt mit einer langen Arterienklemme das blutende Gefäß oder die sonst blutende Stelle und stillt die Blutung durch einfache Torsion. In derselben Weise wird die ganze Wundfläche abgesucht; sie darf erst dann als hinreichend versorgt gelten, wenn sie trocken bleibt. Begnügt man sich mit der Tamponade, so können lebenbedrohende Nachblutungen auftreten. Man tut am besten, die Tonsillenexstirpation nur in der Klinik vorzunehmen und die Patienten wenigstens einen Tag darin zu lassen. Bei geringen, sicher parenchymatösen Blutungen ist es zuweilen zweckmäßig, ein Stück Dermatolgaze in die Tasche zu drücken. Bei profusen parenchymatösen Blutungen bleibt manchmal nichts anderes übrig, als die Gaumenbögen zu vernähen. Reaktion und Schmerzen nach der Operation lassen sich bei keiner Methode vermeiden. Sie sind am stärksten nach stumpfem Herausschälen, am geringsten, wenn man die Tonsille herausschneidet. Auch die Nachblutungen pflegen bei der stumpfen Methode stärker zu sein, während die Anfangsblutungen bei den scharfen vielleicht etwas erheblicher sind. Anfangs sah Verf. bei allen Patienten nach der Tonsillenexstirpation Temperaturerhöhung, zuweilen bis 39,8 °. Meist trat schnelle Entfieberung ein; in einigen Fällen hielt die hohe Temperatur tagelang an. Neuerdings tupft Verf. nach sorgfältiger Blutstillung die Wunde mit Perhydrol aus und stäubt in alle Nischen der Wunde Jodoform. Seitdem sah Verf. weder eine nennenswerte Temperatursteigerung noch eine andere Komplikation.

R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Außerordentliche Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 28. April 1913.

Vorsitzender: Herr Finkelstein.

Tagesordnung:

Seltene Hautkrankheiten im Kindesalter.

Herr **Finkelstein**: 1. Das in der Charité geborene Kind kam ins Waisenhaus mit gelben Schuppen und Borken des Kopfes, die wie Crusta lactea aussahen. Daraus entwickelte sich der jetzige Zustand: dicke gelbe Auflagerungen mit trockenen Schuppen, die grau mehlig wie verstäubt aussahen. Darunter liegt ein intensiv gelber Grund. Es ist ein seltener Fall von Favus, der durch das mikroskopische Präparat identifiziert wurde; im Osten und in Frankreich ist Favus sehr häufig. Näheres über die Genese ist nicht bekannt. Die Behandlung wird in der Entfernung der oberflächlichen Auflagerungen und energischer Epilation bestehen.

2. Der schon 4½ jährige Knabe ist geistig gut fortgeschritten, aber körperlich sehr zurückgeblieben. Er verfügt über eine lange Leidensgeschichte. Die Hautaffektion begann in der 6. Lebenswoche; an der Innenseite der Kniee entstanden stecknadelkopfgroße, dem Pemphigus ähnliche Pickel; im 4. Monat fand sich eine ähnliche Affektion an den Lippen. Es folgte eine starke Verschlimmerung am ganzen Körper. Das zog sich beständig hin. Jetzt ist seit 14 Tagen eine Besserung eingetreten. Das Leiden beginnt mit linsengroßen erhabenen Papeln, die an manchen Stellen gedrängt stehen; sie bleiben unverändert oder es kommt zu seröser Exsudation. Dann heilt es ab. Auch größere Papeln bilden sich, die auch zu Blasen werden. Dann bilden sich schuppenartige Auflagerungen. Außerdem sieht man an den Ellenbogen und Knien besonders dicke Schichten auf infiltriertem Grunde. Ferner bestehen, augenscheinlich erst sekundär entstanden, erhebliche allgemeine ekzematöse Erscheinungen.

Das Jucken ist mäßig. Auffällig ist die Lokalisation; die Affektion sitzt ganz symmetrisch; die rechte Seite ist fast das Spiegelbild der linken. Das scheint mit dem Nervensystem zusammenzuhängen. Am Bein entspricht z. B. die Affektion dem Verlauf des N. cutaneus femoris externus; am Unterkörper entspricht die Verbreitung dem Plexus sacralis, und zwar dem 1. bis 5. Nerven, am Oberkörper dem Plexus cervicalis, und zwar dem 4. bis 7. Cervical- und dem 1. Dorsalnerven.

Vortr. dachte an die Dermatitis herpetiformis, Dühringsche Krankheit; aber sie bedingt starkes Jucken und ist sehr polymorph. Augenscheinlich liegt eine zentrale, trophischnervöse Störung vor. Dafür spricht die fast vollständige Alopecie; nur Lanugo ist vorhanden. Diese Störung stammt aus dem 2. Lebensjahre.

Im 12. Monat bekam Pat. Durchfälle, die immer wiederkehrten. Jedesmal folgte dem Durchfall eine Verschlimmerung des Ausschlags. Er entleert täglich 1—3 massige, stinkende Stühle; sie enthalten reichlich Muskelfasern, viel Fett, und zwar als Seife, sowie große Wassermengen; sämtliche Darmfermente sind in ihnen nachzuweisen. Es ist eine schwere Verdauungsinsuffizienz, eine Störung der Resorption von Eiweiß, namentlich aus Fleisch und Fett. Kohlehydrate resorbiert Pat. gewöhnlich gut. Dazu kommt der erhebliche Mangel an Wachstum; es gehen eben viele Mineralstoffe, die dem Knochenaufbau unentbehrlich sind, verloren, z. B. Kalk, Natron und Kali. Ferner findet sich typischer Tic des Facialis.

Wie kann man die Verdauungsstörung mit der Hautstörung in Zusammenhang bringen? Es handelt sich nicht um Aufnahme von toxischen Stoffen aus dem Darme. Die Hauterkrankung war zudem zuerst da. Beide Leiden sind wohl koordiniert und durch dieselbe Ursache hervorgerufen. Es besteht wohl primär eine angeborene Schwäche der Verdauungsorgane, vielleicht eine Hypersekretion des Pankreas, die sich als Darmsukkorrhoe dokumentiert; vielleicht bestehen in den Spinalganglien und im Rückenmark degenerative Prozesse, die nicht selten gleichzeitig zur Hautstörung führen.

Diskussion:

Herr **Ledermann**: Das Kind hat auch schwere trophische Störungen an den Nägeln; Pemphigus neonatorum ist das nicht; denn sie gehen sehr bald vorüber. Dagegen hat Goldscheider die Epidermolysis bullosa hereditaria beschrieben; sie ist nicht immer hereditär; von frühester Jugend an treten Blasen an Stellen des Druckes und der Zerrung, z. B. an den Knien und Ellbogen, auf. Davon gibt es verschiedene Formen. Die dystrophische Form betrifft auch die Nägel und die Haare. Zuweilen ist die Nagelstörung bezw. die anderen trophischen Störungen das Wesentliche an dem Krankheitsbilde. Vielleicht gehört der Fall in diese Gruppe und dem äußeren Hautprozeß ist der Darmprozeß äquivalent.

Herr **Neumann** hat einen 70 jährigen Vater und eine 36 jährige Tochter gesehen, die an der gleichartigen Hautaffektion jahrelang litten.

Herr **Finkelstein**: Zwei Geschwister, die Mutter und andere Verwandte des Kindes sind völlig gesund.

Herr **Eckert**: In der Behandlung scheint Atropin in möglichst großen Dosen aussichtsreich zu sein; organtherapeutisch wurden mit Schilddrüse vereinzelte Erfolge erzielt.

Herr **Mosse**: Herpes zoster ist einseitig. Ist Pankreon gegeben worden?

Herr **Finkelstein**: Ohne Erfolg. Herpes zoster kommt zuweilen auch ringförmig vor.

Ein Fall von Facialisparese.

Herr **Rosenberg**: Das Kind ist heute erkrankt. Es ist zwei Monate alt, mit einem syphilitischen Ausschlag eingeliefert worden. Derselbe hatte sich unter Hg-Behandlung gebessert. Inzwischen bekam das Kind einen großen Schädel. Es handelte sich um Pachymeningitis haemorrhagica interna. Die Punktion ergab entsprechendes Exsudat. Trotz Gelatineeinspritzungen nahm der Schädel weiter zu; in den letzten 1 Tagen ist er von 41 auf 45 cm Umfang gewachsen. Das Kind wurde blaß, griff oft nach dem Kopf, ein Zeichen, daß es dort Schmerzen hatte. Heute nacht schloß es das linke Auge nicht. Am Ohr ist nichts Abnormes zu finden. Rheuma als Ursache ist auszuschließen. Zu denken ist an syphilitische basale Meningitis oder eine

EUCERIN

D.R.P. und eingetr. Wortzeichen
unübertreffliche Salbengrundlage

ist besser als tierische und pflanzliche Fette, weil es nicht ranzig wird;
ist besser als Mineralfette, wie Vaseline und Paraffinsalbe, weil es in wasserfreiem Zustande mehr als 100% Wasser und wässerige Lösungen aufnimmt;
ist besser als Lanolin und alle anderen Arten von Wollfett, weil es geruchlos ist und eine angenehme Salbenkonsistenz besitzt; es befördert die Aufnahme der ihm zugesetzten Arzneistoffe durch die Haut und wird wegen dieser Vorzüge als unübertreffliche Salbengrundlage allen anderen vorgezogen.

Literatur und Proben für Aerzte kostenfrei von

P. BEIERSDORF & Co., Hamburg 30



Nestle in neuer Zusammensetzung

Gratisproben zu Versuchszwecken
stehen den Herren Aerzten gern zur Verfügung.

Nestle's Kindermehl G. m. b. H.
BERLIN W. 57, Bülowstr. 57 part.

Neues Nestle ist ein gutes Ergänzungsmittel bei unzureichender Mutterbrust. Es erleichtert das Entwöhnen, ist leicht verdaulich selbst für Säuglinge im zartesten Alter.

Neues Nestle enthält 27,36% Maltose u. Dextrin. Der unlösliche Stärkegehalt ist auf den zur feinflockigen Verdauung des Kuhmilchkaseïns erforderlichen Satz von ca. 16% reduziert.

Neues Nestle ist ein gutes Vorbeugungsmittel für Kinder gegen Magen- und Darmkrankheiten (Gastro-enteritis etc.

Neues Nestle kann mit gutem Erfolge auch Erwachsenen als Stärkungsmittel verordnet werden nach schweren Operationen, in der Rekonvaleszenz und schwächlichen Greisen.





Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut, **Mainz.**

Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)
Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)
Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica
Chloraethyl Dr. Thilo.
Machen Sie einen Versuch mit unseren
Automatischen Standflaschen (s. Abbild.).
Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!
Sterile Subcutan-Injektionen.

„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.
Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.
Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.
Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Bronchitis chronic. Inflenza. Anämie, Skrofulose und Herzschwächezuständen.
Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei.
Preis der Tube für Erwachsene M. 1,20, für Kinder (halbe Dosis) M. 0,80.
Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei u. Kämmerei in Döhren b. Hannover, Abt. Chem. Fabrik

Saccharin-Fabrik A.-G. vorm. Fahlberg, List & Co.
Salbke-Westerhüsen.

Name gesetzlich geschützt. Patente angemeldet.



(Morphin-Coffein-Cocain-Isovalerianat)

Schmerzstillendes Mittel, entgiftet für Herz, Atemzentrum und Verdauung.
Zuverlässiges Tonikum der Nerven bei jedem Erregungszustand.

Kartons à 12 Ampullen à 1,2 ccm :: Flakons à 20 ccm
Kartons à 6 Ampullen à 1,2 ccm :: Flakons à 10 ccm
Krankenhaus-Packung à 50 und 100 ccm
Krankenhaus-Packung à 50 und 100 Amp. à 1,2 ccm

Dosis: $^1/_2$—$^1/_1$ Pravazspritze 1—3 mal pro die.

Literatur u. Proben stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

General-Depot:
Theodor Teichgraeber, Berlin S. 59
Telegramm-Adresse: Tetenal-Berlin.

Jecurbilis

wirkt vorzüglich gegen **Leber-, Gallen-, Gallensteinleiden Stoffwechselstörungen**

„Jecurbilis" ist vom Kaiserl. Patentamt in Berlin als Arzneimittel unter Nr. 163167 gesetzlich geschützt, **von hervorragender medizin. Fakultät glänzend begutachtet** und wird von vielen Aerzten verordnet, die große Erfolge damit erzielt haben. — **Jecurbilis** enthält u. a.: **Anagallis arvensis, Acorus Calamus, Aloes, Asperula odoreta, Capsella bursa pastoris, Certex Cinnam. Canel., Fol. Betulae, Fol. Sennae, Fruct. Aurant. immat., Herba Veronicae, Menyanthes trifoliata, Nasturtium officinale, Pimpinella anisum, Pimpinella saxifraga, Rhizom. Rhei, Viola odorata, Karlsbadersalz, Alkohol ca. 15%.**
Literatur und Proben sendet den Herren Aerzten gratis und franko

Fabrikant: **Dir. Wagenitz, Magdeburg.**
Originalpackung: Preis M. 4,50. Zu haben in allen Apotheken.

Gummigeschwulst an der Stelle des Facialisstammes. Wassermann ist noch positiv. Vortr. nimmt einen Zusammenhang mit der Pachymeningitis an. In einem ähnlichen Falle fand sich neben dem hämorrhagischen Exsudat der Dura auch ein Exsudat in den Schädelgruben. Wahrscheinlich liegt auch hier ein Erguß an der Schädelbasis vor.

Hochfieberhafte Infektionszustände mit protrahiertem Verlauf.

Herr **L. F. Meyer**: Der Knabe erkrankte an einer gewöhnlichen Grippe mit hohem Fieber, Husten, rotem Halse; die regionären Drüsen sind etwas, aber gering geschwollen. Er hatte keinen Appetit und erbrach. Fieber und Krankheitsgefühl erloschen nicht, sondern nach 3 bis 4 Tagen ist der Zustand noch derselbe; das dauert selbst noch lange Zeit. Manchmal ist so ein Kind durchaus vergnügt und munter; oder es ist schwer krank, prosterniert.

Das Fieber hat verschiedene Typen, z. B. den der Pyämie; Finkelstein beobachtete einen solchen, der 14 Tage, Hoffa einen, der noch länger anhielt. Der Typus erinnert stellenweise an Typhus. Gegen Typhus spricht der Ausfall der Vidalschen Reaktion. Gegen das Pfeiffersche Drüsenfieber spricht die beschränkte Drüsenschwellung. Schließlich kann man an Tuberkulose denken. Denn nach Grancher können Tuberkelbacillen, die im Blut sitzen, Fieber ohne weitere Manifestation lange Zeit bewirken. Er spricht von Typho bacillose.

An dem Kinde ist kein positiver Befund zu erheben. Man muß also eine protrahierte Form der Adenoiditis acuta annehmen. Die Prognose ist gut, aber nicht absolut günstig. Vortr. hatte Grippen bakteriologisch untersucht und im Blute Influenza-, Staphylo- und Streptokokken gefunden; bei Bakterienbefund im Blute fällt die Prognose in 80 pCt. schlecht aus.

Dieses Kind hatte Nackensteifigkeit und Bewußtseinstrübung mit kleinschlägigem Tremor der rechten Hand; zu denken war an Tetanie; wahrscheinlich war es ein akuter cerebraler Tremor.

Die Prognose solcher Fälle erscheint günstig, wenn auch nicht immer.

Diskussion:

Herr **Langstein** hat oft im Anfange solcher Fälle Zweifel, ob es lediglich eine Grippe oder eine cerebrale Affektion ist. Es wurde bei der Lumbalpunktion starker Druck gefunden; die Lumbalflüssigkeit war aber normal. Vielleicht hat sich dann eine Meningitis serosa hinzugesellt. Dazu kommt es sehr oft.

Herr **Mosse**: Die Adenoiditis führt leicht zu Entzündungen der Seitenstränge.

Herr **Finkelstein**: Später war im Halse des Knaben nichts mehr zu sehen. Meningitis serosa sieht er öfter, aber epidemisch.

Herr **Tugendreich** sah ähnliches auch bei älteren Kindern. Kehlkopfspezialisten wiesen ihn aber auf die immer neu entstehenden Pfröpfe an den schwer dem Auge zugänglichen Stellen der Mandeln hin.

Herr **L. F. Meyer** (Schlußwort): Es ist unbekannt, was den Tremor auslöst. Man spricht von anatomischer Läsion der Großhirnregionen. Aber noch nie kam ein solches Kind zur Sektion. Mode.

---

30. Deutscher Kongress für innere Medizin

zu Wiesbaden vom 15. bis 18. April 1913.

Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

A. Schittenhelm (Königsberg): **Anaphylaxie und Fieber.**

Injiziert man einem Tier eine kleine Menge artfremden Eiweißes parenteral und macht nach ca. 14 Tagen eine Reinjektion, so entsteht der anaphylaktische Shok des Meerschweinchens mit Temperatur- und Leukocytensturz, Atemnot, Lungenblähung und Aufhebung der Blutgerinnung. Bei leichterem Verlauf der anaphylaktischen Erkrankung entstehen Fieber, Leukocytose, Blutdrucksenkung, vermehrte Lymphströmung etc. Je nach der Menge der reinjizierten Dosis kann man Fieber oder Kollapstemperatur hervorrufen. Schwierig ist die Erklärung des gesamten Symptomenkomplexes. Nach den Versuchen von Biedl und Kraus mit Wittepepton erklärt sich scheinbar der ganze Prozeß durch parenterale Verdauung. Wittepepton ist jedoch ein Gemisch der verschiedensten Eiweißabbaustufen und enthält u. a. das niedrig molekuläre Vasodilatin und hochmolekuläre höchst giftige Eiweißspaltungsprodukte. Zum genauen Studium der Anaphylaxie muß man aber gut charakterisierbare isolierte Körper verwenden. Die zusammengesetzten Eiweißkörper, wie Nukleoproteide, Nukleohistone etc. beeinflussen den Organismus kaum; sehr stark dagegen die abgetrennten Eiweißkomponenten, wie das Histon und das Protamin. Die Giftwirkung wird wieder aufgehoben, wenn man sie mit anderen Substanzen kuppelt, ähnlich wie Wittepepton durch Pepsin zu Plastein verwandelt seine Wirkung verliert. Vielleicht spielt diese natürliche Entgiftung auch im Organismus eine Rolle. Bei allen diesen Substanzen, ähnlich wie bei den basischen Abbauprodukten Histamin und Methylguanidin, fehlen einige Kardinalsymptome der Anaphylaxie, wie die Aufhebung der Blutgerinnung und die Erzeugung der Eosinophilie; auch sind hierbei viel größere Quantitäten notwendig als bei Serumreinjektionen. Durch parenterale Einverleibung von artfremdem Eiweiß wird der Organismus zur Abgabe von Schutzfermenten an das Blut behufs Aufspaltung desselben veranlaßt, ehe noch durch Reinjektion Anaphylaxie ausgelöst werden kann. Die parenterale Verdauung bietet demnach keineswegs eine erschöpfende Erklärung der Anaphylaxie. Nach Friedberger soll ein einheitliches Anaphylatoxin als intermediäres Abbauprodukt aus den verschiedensten Eiweißkörpern entstehen und die spezifischen Antikörper das Eiweiß über diese Zwischenstufe hinaus in ungiftige Spaltprodukte zerlegen. Die Giftwirkung ist aber viel geringer als bei den minimalen Mengen des Anaphylaxieversuches. Ungeachtet der Sensibilisierung des Organismus durch Bakterieneiweiß kann auch primär bei Infektionen eine hohe Giftwirkung durch Spaltprodukte der Bakterien entstehen. Die Bakterienproteine rufen aber spezielle Symptomenkomplexe hervor, die für die einzelnen Bakterien variieren; ebenso sind die entstehenden Immunkörper streng spezifisch. Bei Malaria sind ausschließlich die Sporulationsformen die Träger des Fieberagens. Beim Rückfallfieber entsteht der Fiebertypus dadurch, daß in der fieberfreien Periode spezifisch bakterizide Stoffe im Blute kreisen. Nach ihrer Abnahme beginnt das Fieber von neuem. All diese Befunde sprechen gegen die Erklärung des infektiösen Fiebers durch ein einheitliches Gift. Bei einer natürlichen Infektion sieht man auch kaum jemals Vergiftungsbilder, welche mit dem anaphylaktischen Shok auch nur entfernte Aehnlichkeit aufweisen. Es könnten vielmehr Aenderungen im kolloidalen Gleichgewicht des Blutes die anaphlaktischen Erscheinungen hervorrufen, zumal durch Schütteln von ungiftigen Seren mit Kaolin, Kieselgur etc. diese in hochgiftige umgewandelt werden, ebenso durch Behandlung mit kolloidaler Kieselsäure. Nebenbei erhöhen sich bei diesen Prozeduren die vasokonstriktorischen Fähigkeiten der Seren durch Desaggregation. Hierher gehört auch die Erzeugung von Fieber oder Kollaps durch intravenöse Injektion von feinsten Paraffinsuspensionen, das Fieber bei Messinggießern sowie nach Einatmung von Zink und anderen Schwermetalldämpfen. Nichtsdestoweniger hat die Anaphylaxie uns einen tieferen Einblick in die Pathologie des Eiweißabbaues gewährt.

Vorträge.

Grafe (Heidelberg): **Ueber das Verhalten des Eiweißminimums beim experimentellen Fieber.**

Im Fieber des Menschen spielt bei der Steigerung der Eiweißverbrennung eine toxische Komponente in der Regel keine Rolle. Vielmehr ist sie ungefähr die gleiche wie im Hunger. Dafür spricht die Erhaltung von Hochfiebernden im N-Gleichgewicht mit eiweißarmer Kost. G. untersuchte nun, welche Veränderungen in der N-Ausscheidung eintreten, wenn ein Tier, dessen Stoffwechsel durch starke Ueberernährung mit Kohlehydraten auf das Eiweißminimum eingestellt ist, in fiebernden Zustand versetzt wird. Bei gleichbleibender starker Ueberernährung mit Kohlehydraten trat in der Fieberperiode entweder gar keine Steigerung oder eine so geringfügige ein, wie sie der Steigerung der Gesamtverbrennung durch das Fieber entsprach. Höhere Werte werden nur erhalten, wenn die Tiere während des Fiebers weniger Kohlehydrate erhalten als während der Vorperiode. Anhaltspunkte für einen toxischen Einfluß des Fiebers auf den Eiweißstoffwechsel lassen sich also nicht feststellen.

Citron und **Leschke** (Berlin): **Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen zwischen Nervensystem und Infekt beim Fieber.**

Wurden durch Ausschaltung des Mittelhirnes poikilotherm gemachte Tiere mit Trypanosomen infiziert, so bekamen sie keine Temperatursteigerung; die Infektion selbst blieb dabei ganz unbeeinflußt. Wurde die Operation bei bereits infizierten Tieren ausgeführt, so sank die Temperatur der Tiere. Schaltet man also das Mittelhirn aus, so tritt keine Temperaturerhöhung mehr ein. Berechtigt ist die Anwendung nur derjenigen Antipyretica, welche wie das Chinin bei Malaria und das Salvarsan bei Rekurrens nicht den Reiz auf das Wärmezentrum ausschalten, sondern auch das Primum movens beseitigen. Bei den Anaphylaxieversuchen können Antigen und Antikörper wechseln. Gemeinsam ist, daß stets Komplement bei dem Anaphylaxieversuch verschwindet. Die Komplementbindung kann auch durch Kolloide verschiedenster Art zustandekommen. Ein Teil der aseptischen Fieberformen läßt sich wohl auch so erklären, daß durch Einspritzung von Paraffin u. dergl. Komplementverarmung und infolgedessen ein Gift entsteht.

Fräulein **Rahel Hirsch**: **Anaphylatoxinfieber und Gesamtenergie- und Stoffumsatz.**

Das durch Trypanosomen erzeugte Infektionsfieber führt beim Hunde wie beim Kaninchen zu gesteigerter Wärmeproduktion, in geringerem Grade Wärmestichhyperthermie. Beim Anaphylatoxinfieber dagegen findet man selbst bei 41° eine Einschränkung des Gesamtumsatzes. Daraus geht hervor, daß das Anaphylatoxin nur ein Stadium im Fieber darstellt und daß die Stoffwechselvorgänge unabhängig von der Fiebertemperatur verlaufen können. Mit Chinin kann man den auf der Höhe des Fiebers bedeutend gesteigerten Gesamtstoff- und

Energieumsatz wieder auf normale Werte herabdrücken und stark negative Bilanzen in positive umwandeln. Sowohl bei der Erhöhung als bei der Einschränkung des Stoffumsatzes in Fieber ist der Eiweiß- und der Fettumsatz beteiligt. Im Fieber kommt es zu einer beträchtlichen Steigerung der Harnsäureausscheidung, welche sich im Gegensatze zu den Kontrolltagen des gesunden Tieres durch Chinin nicht verringern läßt.

(Fortsetzung folgt.)

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **G. v. Bergmann** (Altona): **Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem.**

v. Bergmann betont, in Uebereinstimmung mit dem Referenten, daß die Seltenheit der Diagnose Ulcus duodeni in Deutschland kaum auf geographische Verhältnisse zu beziehen ist. Er sah in ¾ Jahren in Altona 30 durch Operation oder Melaena sichergestellte Fälle; im ganzen mußte 40 mal die Diagnose gestellt werden. Die meisten, früher nicht diagnostizierten Fälle sind als Allgemeinneurosen oder Organneurosen aufgefaßt worden. Untersucht man die Kranken mit Ulcus duodeni genau, so findet sich in der Tat auffallend häufig eine ganze Reihe neurotischer Zeichen. Nebenher wird die diagnostische Bedeutung des duodenalen Druckpunktes und der Unterscheidung von Schmerz bei Magenentleerung (2—5 Stunden post coenam) und Hungerschmerz (z. B. nächtlicher) betont, beides meist Pylorospasmus.

Es werden an der Hand von 25 Röntgenbildern erwiesener Ulcera duodeni die charakteristischen, wenn auch nicht pathognomonisch entscheidenden Befunde demonstriert. An v. B.s Abteilung haben Westphal und Katsch eine Gliederung der Ulcera duodeni derart vorgenommen, daß zwei Extreme, „die hyperperistaltischen“ und die „maximalsekretorischen Ulcera“, zu unterscheiden wären. Neben diesen reinen Formen, Mischformen beider Typen. Der „maximalsekretorische“ Typ kann absolut unter dem Bilde der Gastrosuccorrhoe (Reichmannsche Krankheit) verlaufen, also unter dem Bilde einer klassischen sekretorischen Magenneurose.

Nicht nur am Magen finden sich aber die Zeichen gestörter Motilität und Sekretion in allen nur möglichen Kombinationen, sondern auch sonst im visceralen Nervensystem. Von 30 in diesem Sinne genau untersuchten Fällen werden die Befunde tabellarisch demonstriert, um die Häufigkeit der sogenannten „Stigmata des vegetativen Nervensystems“ zu beweisen. Dabei ist zu betonen, daß sowohl Zeichen geänderter Sympathicuseinstellung (z. B. Glanzauge, weite Pupille), als auch solche, die auf den Vagus bezogen werden (z. B. Hypersekretion, Bradykardie usw.) beim selben Kranken vorhanden sind, in bunter Mischung. Es ist keine Rede von isolierten Vagus- oder Sympathicuserkrankungen. Der Vortragende will es ausdrücklich vermeiden, für die Tatsache, daß Neurosen mit dem Ulcus pepticum (es gilt ganz das Gleiche für das Ulcus ventriculi) so häufig zusammen vorkommen, den Kausalnexus hier zu erörtern. Nach seiner Hypothese ist die Neurose oft das Primäre, die anatomische Erkrankung (das Ulcus) das Sekundäre. Jedenfalls ist es aber an der Zeit, sich klarzumachen, daß der andere Kausalnexus, der anscheinend williger angenommen wird, ebenfalls bloße Hypothese ist. Es muß erst ein Verständnis dafür angebahnt werden, wie es möglich ist, daß ein linsengroßes Ulcus am Duodenum beispielsweise Pylorospasmus mit kolossalsten Schmerzen und Saftsekretionen von einem halben Liter und mehr erzeugt, außerdem noch auch außerhalb der Schmerzen etwa vermehrte Schweißsekretion, Blähhals oder ein Glanzauge, um ganz beliebige Beispiele zu nennen.

Der Kausalnexus ist in beiden Fällen heute noch hypothetisch. Die häufige Coinzidenz aber von Symptomen, die zum vegetativen Nervensystem Beziehungen haben, und von Ulcus duodeni ist auf Grund des vorgelegten Belegmaterials Tatsache.

Herr **Gundermann** bespricht kurz die Experimente Friedrichs und Engelhardts über **Erzeugung von Magengeschwüren durch Netzgefäßunterbindung**, sodann die Versuche Payrs, der durch Injektion ätzender Flüssigkeiten in die Magengefäße Geschwürsbildungen hervorgerufen hat. G. konstatiert dabei, daß diese Autoren bei ihren Versuchstieren auch Leberveränderungen beobachteten.

Die Beziehungen der Leber zur Gerinnbarkeit des Blutes im Verein mit den experimentellen Ergebnissen vorgenannter Autoren brachten ihn auf den Gedanken, den Versuch zu machen, durch partielle Pfortaderausschaltung Magen- resp. Darmgeschwüre zu erzeugen. Durch Unterbindung des linken Pfortaderhauptastes erhielt er bei Kaninchen ausnahmslos zahlreiche, akute Magengeschwüre, in einzelnen Fällen auch Duodenalgeschwüre. Die meisten Tiere starben in den ersten 48 Stunden. An den überlebenden Versuchstieren, die in verschiedenen Zeitintervallen nach der Operation getötet wurden, war eine starke Tendenz zur Geschwürsheilung erkennbar. Immerhin fand Gundermann nach 22 Tagen noch ein nicht vernarbtes und, wie die Gewebsneubildung bewies, chronisches Geschwür an der kleinen Kurvatur.

Die vom Pfortaderkreislauf abgeschnittenen Leberlappen zeigten das Bild einfacher Atrophie, keine Nekrose. Der normal versorgte Leberrest zeigte rasche kompensatorische Hypertrophie.

G. bespricht dann die verschiedenen in Betracht kommenden Möglichkeiten der Geschwürsbildung und kommt zu dem Schluß, daß allein in dem des Pfortaderblutes beraubten Leberteile die Quelle der Veränderung in der Magen- und Darmwand zu suchen sei. Nach seiner Ansicht handelt es sich um toxisch wirkende Stoffe, die in der normalen Leberzelle bereits vorgebildet sind, die von der normal funktionierenden Zelle aber zurückgehalten bezw. weiter verarbeitet werden. Aus dem Umstande, daß er durch Injektion von Leberextrakt gleichfalls Magengeschwüre und Darmblutungen erzeugen konnte, folgert G., daß von der toten Leberzelle ähnliche Substanzen abgegeben werden, wie von der das Pfortaderblut entbehrenden.

Nach Anführung mehrerer Beispiele aus der menschlichen Pathologie, die seine Ansicht über den Zusammenhang von Leberschädigung und Magen- und Darmgeschwüren stützen sollen, bespricht G. noch einen Fall, in welchem es ihm gelungen ist, auch beim Hunde durch partielle Pfortaderausschaltung mehrere Duodenalgeschwüre zu erzeugen.

Infolge der Analogie zwischen Mensch und Tier hält G. es für wahrscheinlich, daß auch das menschliche Ulcus ventriculi et duodeni seine Ursache hat in einer Dysfunktion der Leber.

Herr **Haudek** (Wien) führt folgende **Röntgenbefunde bei Ulcus duodeni** an:

1. Die Duodenalstenose, die als Folgeerscheinung — Narbe — oder als Begleiterscheinung — Spasmus — eines Geschwürs auftreten kann. Stenosen werden zumeist im unteren Anteile des Duodenums gefunden.

2. Persistierende Schatten im oberen Duodenum. Ein großer persistierender Schatten im oberen Duodenum kann durch eine Stenose, durch Taschenbildung infolge eines Ulcus, sowie bei abnorm starker Knickung des Duodenums durch Entzündung vorkommen, doch ist seine Unterscheidung von der normalen Bulbusfüllung schwierig. Die Pars superior kann nämlich auch, ohne daß eine pathologische Veränderung vorliegt, gegen die Pars descendens stark abgeknickt sein; sie verläuft bei tiefstehendem Pylorus nicht horizontal, sondern steil aufsteigend; dann ist die Pars superior oft stark entfaltet und lange Zeit gefüllt.

3. Die Nische ist ein gewöhnlich sehr kleiner Wismutschatten außerhalb der normalen Duodenalfüllung, der den Krater eines tiefgreifenden Geschwürs ausfüllt.

4. Ein umschriebener Druckpunkt, der sich genau auf das Duodenum, gewöhnlich auf die Pars superior projiziert.

5. Abnorm schnelles Uebertreten von Mageninhalt in das Duodenum, das namentlich unmittelbar nach Nahrungsaufnahme deutlich ist und dem Bilde einer Pylorusinsuffizienz gleicht. Die Entleerungszeit ist häufig verkürzt; manchmal kommt es zu einer Verzögerung der Austreibung der letzten Portionen und Rückstände nach 6 Stunden. Beträchtliche Retention und Dilatation des Magens wird nie beobachtet.

6. Die Magenperistaltik ist zumeist sehr tief, der Tonus häufig verstärkt.

7. Pylorusfixation. Der Magen liegt gelegentlich auffallend schräg; die passive Verschieblichkeit der Pars pylorica ist vermindert oder aufgehoben, doch kann auch Perigastritis oder Pericholecystitis den gleichen Befund hervorrufen.

8. Die Röntgenbefunde, die bei Magengeschwüren vorkommen, fehlen. Die Resultate der Röntgenuntersuchungen können folgendermaßen verwertet werden:

a) Positive Befunde können die Diagnose unterstützen, gelegentlich auch sichern; doch ist die Verläßlichkeit und Eindeutigkeit der Röntgenbefunde bei Ulcus duodeni keine so große wie die der positiven Befunde des Magengeschwürs.

b) Ein normaler Röntgenbefund des Magens und Duodenums gestattet niemals, Ulcus duodeni auszuschließen. Ist nach dem klinischen Befunde, z. B. Magenblutungen, Ulcusbeschwerden, Hyperacidität, ein flaches Ulcus anzunehmen, so spricht ein normaler Röntgenbefund, insbesondere das Fehlen von Retention im Magen, dafür, daß das vermutete Ulcus eher im Duodenum sitzt als im Magen.

c) Bei normaler oder beschleunigter Magenentleerung erscheint die bloße Ausführung der Gastroenterostomie nicht geraten, selbst wenn das Ulcus bei der Operation am Pylorus gefunden wird, ohne daß der Magen dilatiert ist, da die radiologische Erfahrung in Uebereinstimmung mit der klinischen lehrt, daß in solchen Fällen die Speisen nach der Gastroenterostomie zum großen Teile den Magen durch den alten Ausgang verlassen. Für solche Fälle empfiehlt sich die Hinzufügung der Ausschaltung oder Verengerung des Pylorus.

Herr **Richter** (Berlin) betont die Wichtigkeit von Adhäsionen und eventuell durch diese herbeigeführten Spasmen. Erstere sollen durch Dickdarmbakterien bewirkt werden. Das Nervensystem ist von wesentlichem Einfluß, wie er an einem

Fall erläutert, in welchem bei gleichbleibendem anatomischen Befund Symptome auftraten, nach Probelaparotomie auf viele Jahre verschwanden und nach längerer Pause wiederkehrten.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Das einzige Heilmittel bei Nervenleiden (Neurasthenie etc.). Auf Grund zwölfjähriger Leidenszeit allen Nervenkranken zu Rat und Trost, den Aerzten zur Beachtung geschrieben. Von **Georg Christian Schwarz**. Siebente Auflage. Leipzig 1913, G. Strübigs Verlag (M. Altmann). 84 S. 1,50 M.

Der Titel der vorliegenden, von einem gebildeten Nichtarzt verfaßten Schrift wirkt nicht gerade vertrauenerweckend; wenn man aber an ihre Lektüre herangeht, wird man angenehm enttäuscht. Die hier vorgetragenen Ansichten wird jeder vorurteilsfreie Arzt zum größten Teil unterschreiben können. Als Hauptbedingung für die Prophylaxe und die Behandlung der funktionellen Nervenstörungen, wie sie uns bei leichterem Auftreten als Nervosität in landläufiger Bezeichnung, in den schwereren Formen als Neurasthenie usw. entgegentreten, stellt Verf. die richtige Regelung der Tätigkeit hin. Verf. gibt hierüber auf Grund der Erfahrungen, die er an sich selbst und an anderen (er wirkt seit einer Reihe von Jahren an einer Heilanstalt als technischer Leiter, insbesondere für die Arbeitsbehandlung) gewonnen hat, nützliche Ratschläge. Die sonst üblichen physikalisch-diätetischen und medikamentösen Hilfsmittel sind nur gelegentlich als Unterstützung heranzuziehen. Von Wichtigkeit ist, wie Verf. mit Recht betont, das Verhalten der Angehörigen der Nervenleidenden ihnen gegenüber; in dieser Hinsicht wird infolge mangelhafter psychologischer Einsicht sehr viel gesündigt. Man kann das Buch unbedenklich Nervenleidenden und ihren Angehörigen in die Hand geben; mancher wird es mit Nutzen lesen.

Sammelreferat über Alypin. Von Prof. **Seifert**. Würzburger Abhandlungen, Bd. 13, Supplementheft. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 27 S. 0,85 M.

Mit großer Vollständigeit stellt Verf. in dem vorliegenden Heft die in der Literatur sich findenden Mitteilungen über Alypin, seine Indikationen, Vorzüge und Nachteile zusammen. Am meisten hat darnach Alypin sich in der Rhino-Laryngologie als Anästheticum eingebürgert. Auch in der Ophthalmologie, Urologie, Chirurgie findet es neben den übrigen lokalen Anästheticis Anwendung, für gewisse Zwecke auch in der inneren Medizin.

R. L.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. A. Dührssen, der verdiente Gynäkologie, hat krankheitshalber seine Dozentur niedergelegt.

— Dr. Karl Thomas hat sich für innere Medizin habilitiert.

Halle a. S. In der Nacht vom 26. zum 27. April d. J. ist der ordentliche Professor der Chirurgie an der hiesigen Universität Dr. Fritz G. v. Bramann im 59. Lebensjahre gestorben, nachdem sich vor etwa einem Jahre arteriosklerotische Symptome bei ihm bemerkbar zu machen begonnen hatten. Mit ihm ist einer der bekanntesten deutschen Chirurgen dahingeschieden, der seine Popularität der wichtigen Rolle verdankte, die ihm in einem denkwürdigen historischen Moment zugefallen war, denn am 9. Februar 1888 war es ihm vergönnt, dem todkranken Kronprinzen Friedrich Wilhelm durch die in kritischer Situation kunstgerecht ausgeführte Tracheotomie das Leben zu retten und ihm dadurch die wenn auch leider nur kurze Regierungszeit zu ermöglichen (vergl. die tagesgeschichtliche Notiz in No. 9, S. 110). — Ein geborener Ostpreuße, hatte Bramann seine medizinischen Studien von 1875 bis 1879 zu Königsberg gemacht und war darauf dort mehrere Jahre als Assistent am städtischen Krankenhause tätig gewesen. 1884 kam er als Assistent v. Bergmanns an die Berliner chirurgische Universitätsklinik, habilitierte sich in Berlin 1888 und wurde bereits im nächsten Jahre zum außerordentlichen Professor ernannt. Ebenso schnell erfolgte seine Beförderung zum Ordinarius: 1890 wurde ihm als Nachfolger von R. v. Volkmann der Lehrstuhl der Chirurgie in Halle a. S. übertragen, den er bis zum Lebensende inne hatte. v. Bramann, dem kurz nach seiner Berufung an die Universität Halle der erbliche Adel verliehen worden war, war ein überaus beliebter Universitätslehrer, der in der Ausfüllung seines akademischen Berufs seine Hauptaufgabe sah und auf publizistisches Hervortreten weniger Wert legte; die Zahl seiner eigenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen ist daher sehr gering, größer die Zahl der aus seiner Klinik hervorgegangenen Arbeiten von Assistenten und Doktoranden. Einen Fortschritt in der Gehirnchirurgie hat der zu früh Verstorbene noch in den letzten Jahren in wissenschaftlicher Gemeinschaft mit seinem Kollegen, dem Neurologen G. Anton, dadurch angebahnt, daß er mit Erfolg in geeigneten Fällen die Eröffnung des vierten Ventrikels ausführte.

Jena. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Hermann Bennecke ist in der vorigen Woche durch einen Sturz vom Pferde bei einem Spazierritt tödlich verunglückt.

München. Dr. Freiherr v. Hertling hat sich für Gynäkologie habilitiert.

Wien. Die k. k. Gesellschaft der Aerzte hat die Pharmakologen Prof. Harnack (Halle a. S.) und Sir Lauder Brunton (London) zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Lausanne. Der Privatdozent der Urologie Dr. Perrin ist gestorben.

St. Petersburg. Im Alter von 103 Jahren starb Frl. N. M. Baschmakowa, die älteste Schwester vom Roten Kreuz in Rußland. Sie war bereits im Krimkrieg unter Pirogow tätig gewesen.

Deutsch-Ostafrika. Der Dresdener Arzt Dr. med. Deppe, der sich besonders um die Errichtung der Walderholungsstätten in Dresden und Umgebung und um den Dresdener Samariterverein große Verdienste erworben hat, wurde vom Reichskolonialamt zur Leitung des großen Krankenhauses in Tanga in Ostafrika berufen. Das Krankenhaus hat 300 Betten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Die **Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** veranstaltet ihre **Jahresversammlung** diesmal am 20. und 21. Juni aus Anlaß der Jahrhundertausstellung in **Breslau**. Auf der Tagesordnung steht eine Reihe wichtiger Fragen, deren Diskussion das Interesse weiter Kreise erwecken wird. Dr. Julian Marcuse (Ebenhausen) ist als Referent für das Thema „Geschlechtskrankheiten und Bevölkerungsproblem" gewonnen worden. Das Korreferat hat Prof. Blaschko übernommen. Prof. J. Heller wird über „Geschlechtskrankheiten und Eherecht" sprechen. Ferner soll ein Referat von Dr. Chotzen über die von der Gesellschaft seinerzeit ins Leben gerufene sexualpädagogische Aktion und ihre bisherigen Erfolge eine Diskussion über das weitere Vorgehen der Gesellschaft auf diesem Gebiete einleiten.

Breslau. Unter sehr reicher Beteiligung der staatlichen und städtischen Behörden, der Universität, ärztlicher Kreise usw. wurde hierselbst am 30. April unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Wirkl. Geheimen Rat Dr. Ing. Hinckeldeyn die 11. Hauptversammlung der **Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** abgehalten. Folgende wissenschaftlichen Verträge wurden gehalten: 1. Prof. Dr. Carl Bruck (Breslau): Nutzen und Schaden von Bädern bei gesunder und kranker Haut; 2. Privatdozent Dr. Liefmann (Berlin): Uebertragung von Augenkrankheiten in Berliner Volksbadeanstalten. Vortr. kommt zu dem Schlusse, daß die betreffenden Fälle von Bindehautentzündung wahrscheinlich durch die gemeinsame Benutzung von Badezeug oder direkt von Mensch zu Mensch übertragen seien, während eine Uebertragung durch das Badewasser oder die Badewärter weniger wahrscheinlich sei. 3. Ueber „Deutsche Bäderhygiene im Mittelalter" sprach Dr. H. Königsfeld (Breslau) an der Hand zahlreicher bildlicher Darstellungen. 4. Privatdozent Dr. Carl Prausnitz (Breslau) behandelte den jetzigen Stand der Volksbäderversorgung in England, wo bekanntlich das Badewesen seit langem auf hoher Stufe steht. 5. Prof. Dr. R. Scheller, Dozent der Gewerbehygiene an der Technischen Hochschule in Breslau, beleuchtete die „Bedeutung der Bäder in Technik und Industrie", wobei er die besonderen Indikationen auseinandersetzte, die sich aus dem Berufsleben der Arbeiter für den regelmäßigen Gebrauch von Bädern ergeben, und im Anschluß daran technische Fragen des Arbeiterbadewesens erläuterte. 6. Städtischer Ingenieur Klaus (Mülheim a. d. Ruhr): Badetechnische Einrichtung des Stadtbades Mülheim a. d. Ruhr. — Es fanden außerdem noch Besprechungen über eine größere Zahl von Einzelfragen statt, unter denen die Erörterung über die Infektiosität der Flüsse hervorzuheben ist. — Für die nächstjährige Tagung hat Oberbürgermeister Leinweber eine Einladung der Stadt Bernburg überbracht.

Gent. Ein **internationaler Kongreß** für den Kampf gegen die Beschädigung und **Verfälschung von Nahrungsmitteln** findet in Gent vom 1. bis 3. August d. J. statt. Meldungen an Herrn Antony Neuckens, Rathaus, Brüssel.

Genf. Hierselbst ist eine **Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie** gegründet worden, zu deren Präsident Prof. Dr. Oltramare gewählt wurde.

Paris. Der **23. Kongreß der Irrenärzte und Neurologen Frankreichs** und der Länder französischer Zunge findet vom 1. bis 6. August d. J. in Le Puy statt.

Verschiedenes.

Berlin. Die **Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte** hat an die Vorstände der deutschen und deutsch-österreichischen naturwissenschaftlichen und medizinischen Vereine ein Rundschreiben gerichtet, in dem die Anregung zu einem planmäßigen wissenschaftlichen Zusammenarbeiten dieser Vereine mit der Naturforscherversammlung zum Zwecke einer Vereinfachung des deutschen Kongreßwesens gegeben wird. Es wird vorgeschlagen, daß die genannten Vereine ihre Jahresversammlungen in je einem Jahre für sich allein, im zweiten Jahre aber in Gemeinschaft mit den anderen Gesellschaften auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte abhalten. Es würden dann in dem einen Jahre hauptsächlich die Sonderfragen einer jeden Einzelwissenschaft zur Beratung zu stellen sein, während in jedem zweiten Jahre auf der dann nur alle zwei Jahre tagenden Naturforscherversammlung die Fragen beraten würden, an denen die Gesamtheit aller Naturforscher und Aerzte oder größere Gruppen Interesse haben. Es würde aber auch jede Gesellschaft noch Zeit haben, Spezialvorträge in größerer Zahl halten zu lassen und ihre geschäftlichen Angelegenheiten zu ordnen. Den Arbeitsplan einer so mit den Jahresversammlungen der einzelnen Vereine verbundenen Naturforscherversammlung denkt man sich etwa so: am Sonntag die verschiedenen Vorstands- und Ausschußsitzungen; am Montag, Dienstag und Mittwoch vormittags die allgemeinen Sitzungen und die gemeinsame Sitzung beider Hauptgruppen, nachmittags Einzelsitzungen der Hauptgruppen; Donnerstag bis Sonnabend Abteilungssitzungen und Exkursionen. Dieser Plan, der den Einzelgesellschaften im Rahmen der Abteilungssitzungen reichlich Zeit läßt zur Erledigung ihrer eigenen Vorträge, soll gelegentlich der 85. Naturforscherversammlung in Wien in einer Sitzung des vom Vorstand der Naturforschergesellschaft eingesetzten Ausschusses (dem von Medizinern die Herren H. H. Meyer [Wien], Fr. v. Müller [München] und W. His [Berlin] angehören) mit den Abgeordneten der Vereine beraten werden.

Preisausschreiben.

Durch die wissenschaftliche Forschung ist die Tatsache erwiesen, daß die Uebertragung des Typhus in einer nicht geringen Zahl der Fälle durch Dauerausscheider oder Bacillenträger erfolgt.

Besonders bedeutungsvoll ist die Gefahr solcher Dauerausscheider, die — meist ohne Kenntnis ihres gefahrbringenden Zustandes — in einem Nahrungsmittelvertrieb Beschäftigung gefunden haben, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, daß eine große Anzahl von Menschen zugleich den Ansteckungsstoff in sich aufnehmen und erkranken kann.

So war auch im Dezember 1912 die Typhusepidemie in Hanau zustandegekommen.

Es hat zwar nicht an Versuchen gefehlt, die Dauerausscheider von ihrem gefahrvollen Zustand zu befreien; ihr Ergebnis kann aber bisher nicht befriedigen.

Um diese Forschung auf diesem Gebiete von neuem zu beleben, hat ein hochherziger Stifter **10 000 Mark** zur Verfügung gestellt, die nach der Entscheidung des unterzeichneten Preisrichterkollegiums demjenigen ohne Rücksicht auf Nationalität zufallen, der ein Mittel oder Verfahren angibt, womit es ihm in zuverlässiger Weise gelungen ist, die Typhusdauerausscheider in absehbarer Zeit von den genannten Krankheitserregern zu befreien.

Es muß nachgewiesen werden, daß die Darmentleerungen und der Harn der Dauerausscheider nach erfolgter Behandlung mindestens ein halbes Jahr von Typhusbakterien freigeblieben sind.

Sollte eine nicht ganz befriedigende Lösung der gestellten Frage gefunden werden, so kann auch eine Teilsumme gewährt werden.

In der spätestens bis zum 1. Oktober 1914 an den Vorsitzenden des Preisrichterkollegiums in deutscher Sprache einzureichenden Arbeit sind die angestellten Versuche so eingehend zu beschreiben, daß alsbald in eine Nachprüfung eingetreten werden kann.

Die zur Nachprüfung erforderlichen Präparate müssen dem Preisrichterkollegium kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Die Nachprüfung muß bis zum 1. Juni 1915 beendigt sein.

Im Falle von Stimmengleichheit bei der Abstimmung entscheidet der Vorsitzende des Preisrichterkollegiums.

Berlin W., Wilhelmstr. 86/87.

Das Preisrichterkollegium.

Prof. Dr. v. Schjerning, Generalstabsarzt der Armee und Chef des Sanitätskorps.

Prof. Dr. Gaffky, Geheimer Obermedizinalrat und Direktor des Kgl. Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin.

Prof. Dr. Uhlenhuth, Geheimer Regierungsrat und Direktor des hygienischen Instituts in Straßburg i. E.

Prof. Dr. Ehrlich, Wirklicher Geheimer Rat und Direktor des Kgl. Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.

Prof. Dr. Kraus, Geheimer Medizinalrat und Direktor der II. medizinischen Klinik der Charité in Berlin.

Prof. Dr. Hoffmann, Oberstabsarzt und Referent im Kriegsministerium.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnung: Roter Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub und Schwertern am Ringe: Geh. San.-Rat Dr. A. Vollmer in Berlin.

Prädikat Professor: Privatdozent Dr. A. Grotjahn in Berlin.

Ernannt: Außerordentl. Prof. Dr. Wolff in Straßburg i. E. zum ordentl. Professor daselbst.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. W. Schwarzbach von Greifswald, Dr. H. Beumer von Charlottenburg auf Reisen, J. Fischer von Berlin-Nordend, G. Neugebauer von Greifswald, Dr. A. Hoppe von Altona, Dr. O. Rössle von Neustadt i. H. auf Reisen als Schiffsarzt, Dr. E. Hirschfeld und Dr. H. Cobliner von Berlin, Dr. E. Jacoby von Slawentzitz, H. Irsch von Trier, Dr. K. Brockmann von Charlottenburg, R. Bock von Berlin, Dr. S. Bloch von Berlin-Schöneberg, Dr. F. de Bra von Carolath, Dr. J. Lesshafft von Weißenfels auf Reisen, R. Kurtz und Dr. E. Lippert von Dortmund.

Gestorben: Dr. O. Schloss in Wiesbaden, San.-Rat Dr. H. Cornelius in Elberfeld, Prof. Dr. J. Seemann in Cöln.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. G. Bachhammer und Dr. Paul Weber in München, Dr. W. Beyrer in Karlshuld, B.-A. Neuburg a. D.

Verzogen: Dr. L. Dorsch von Windsheim nach Nürnberg, Dr. L. Haydn von Geiselhöring nach München, Dr. A. Ilgmeier von Geisenhausen nach Geiselhöring, Dr. H. Hartmann, Stabarzt a. D., von Waldkirchen nach Birnbach.

Praxis hat aufgegeben: Dr. K. Weiss sen. in Ludwigshafen.

Sachsen.

Niedergelassen: Dr. R. Fröhmer und Dr. Georg Klepper in Dresden, Dr. R. Klemm in Loschwitz, Dr. H. Lehrecke in Seiffen, F. Buchmann in Gröba, Oberstabsarzt a. D. Dr. A. M. Richard in Wehrsdorf, Dr. Georg Bernh. Hoffmann in Löbau, Dr. L. A. O. Brandt in Zittau, Oberstabsarzt a. D. Dr. F. P. Käppler in Oybin.

Angestellt: Dr. A. G. F. Kahl als Anstaltsarzt an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt in Dresden, Stadtarzt Dr. W. Schönborn in Zittau als zweiter beamteter Arzt in Feuerbestattungssachen i. S. und als dessen Stellvertreter Dr. Emil Johs. Müller in Zittau.

Praxis hat aufgegeben: Dr. A. I. Wertschitzky in Dresden.

Verzogen: Von Dresden: Dr. E. A. Walther nach Leipzig, Dr. P. H. Nitsche nach Pirna-Sonnenstein, Dr. G. Poetsch nach Cöln; Dr. R. Fröhmer von Niederlößnitz nach Dresden.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Von Dresden: Dr. A. Koppel, Dr. J. G. Weichert, Dr. Hans Wolff und Dr. O. Strauch; Dr. M. W. Kotelmann von Wehrsdorf.

Gestorben: San.-Rat Dr. E. Proelss in Kötzschenbroda.

Württemberg.

Auszeichnung: Titel und Rang eines Hofrates: San.-Rat Dr. Roemheld, Leiter des Sanatoriums Schloß Hornegg a. N.

Verzogen: Dr. Grisslich von Teinach nach Stuttgart, Dr. F. W. Schmidt von Weilheim a. Teck nach Frankfurt a. M.

Hessen.

Auszeichnung: Charakter als Geheimer Medizinalrat: Leibarzt Dr. Happel in Darmstadt.

Ernannt: Dr. Schäfer in Hirzenhain zum Kreisassistenzarzt beim Kreisgesundheitsamt in Mainz.

Versetzt: Kreisassistenzarzt Dr. Jaup in Heppenheim in gleicher Eigenschaft nach Offenbach.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. A. H. Hasche-Klünder und Marinestabarzt Dr. W. G. Kneisz in Hamburg.

Verzogen: Prof. Dr. F. B. G. Deycke von Hamburg nach Lübeck.

Gestorben: W. Hagenow in Hamburg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 17. Mai 1913 | No. 20

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 17. Mai 1913** **No. 20**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Agobilin zur internen Behandlung des Gallensteinleidens.

Von

Dr. med. **Th. Runck** (Ludwigshafen a. Rh.-Mundenheim).

Obgleich die interne Behandlung des Gallensteinleidens durch die Präzisierung der Indikationsstellung und die Vervollkommnung der Operationstechnik der chirurgischen manche berechtigte Konzession machen mußte, so ist das dem Internisten verbleibende Gebiet immer noch groß genug, um sich auch seinerseits fortschreitend zu betätigen.

Seitdem man sich über die Ursachen der Steinbildung einigermaßen klar geworden, kann auch der Internist seine Ziele und Aufgaben genauer fixieren. Er richtet seine Bestrebungen nun weniger auf eine Lösung der Steine selbst, als gegen jene krankhaften Zustände, welche die Steinbildung bald bedingen, bald aus ihr resultieren: gegen die Stauung und Entzündung der Gallenwege. Damit soll nicht gesagt sein, daß eine Lösung oder ein Zerfall der Steine absolut außer Bereich der Möglichkeit liegt, wenigstens nicht für die reinen, oftmals lediglich durch Stauung bedingten Cholesterinsteine (vergl. Neuestes hierüber: „Allg. med. Central-Ztg.", 1913, No. 8, S. 98). Da ferner ein großer Teil der Gallensteinträger von dem Vorhandensein der Steine keine Ahnung hat, andere wieder nur über geringfügige Verdauungsstörungen klagen, so wird der Internist sein zu erstrebendes Ziel darin zu erkennen haben, daß er vor allem auf ein entzündungs- und stauungsfreies Stadium der Ruhe, der Latenz (1), hinzuwirken hat. Warum übrigens ulcerierende Geschwüre der Gallenwege, zumal, wenn es gelingt, bei suffizienter Leber die Gallensekretion und den Gallenabfluß wieder einigermaßen zu regeln, nicht auch zur Heilung kommen sollten, ist mir nicht recht klar. Wir wissen doch, daß Ulcera anderer Verdauungswege auch unter weniger günstigen Bedingungen ausheilen können, wie ja auch der Cholelithiasis selbst von den berufensten Autoren eine ausgesprochene Neigung zur Latenz direkt zugeschrieben wird. Ferner wird doch auch der Bactericidie (2) der Galle, auch wenn sie eine nur selektive ist, die Möglichkeit einer Mitwirkung bei Ausheilungen ebenfalls nicht abgesprochen werden können.

Diese Gesichtspunkte leiteten mich bei der Prüfung des von der Gehe & Co.-A.-G. hergestellten Agobilins, dessen Wirkung ich in einer großen Zahl spezifischer wie verwandter Erkrankungen kennen zu lernen Gelegenheit hatte. Jede Tablette Agobilin enthält als wirksame Bestandteile 0,088 g nach patentiertem Verfahren hergestelltes cholsaures Strontium, 0,032 g salicylsaures Strontium und 0,040 g Phenolphtaleindiacetat. Zur Verdeckung des bitteren Geschmackes sind die Tabletten schwach überzuckert. Es empfiehlt sich, sie mit einem Schluck Wasser hinunterzuspülen. Patienten, die Tabletten gegenüber empfindlich sind, können sie zerdrücken und in Oblaten nehmen.

Den Ausgangspunkt für die Herstellung dieses Agobilins bildeten die gallensauren Salze, die sich trotz ihrer hervorragend cholagogen (3) Wirkung bis jetzt therapeutisch nur wenig einzuführen vermochten. Wiederholte gelegentliche Beobachtungen bestätigten mir die Angaben von Glässner und Singer (4), daß diese gallensauren Salze zugleich auch abführende, die Peristaltik des Darmes anregende Eigenschaften besitzen. Diese Reizwirkung scheint sich dabei vornehmlich auf die glatte Muskulatur zu erstrecken. So berichteten mir auch manche Patienten, bei denen Gallensalze langsamer die Speiseröhre passierten, über würgende und zusammenziehende Schmerzen im Bereiche derselben und über lebhaftes Gurren im Magen und Darm. Ja, selbst auf die Muscularis der Gallenblase scheint sich ihr kontraktiler Reiz zu erstrecken; denn bei höheren als den üblichen Dosen lassen sie sogar vorübergehende Zunahme der Schmerzanfälle und direkte Neigung zu Koliken wahrnehmen. Andererseits wirkt ja auch schon die durch gesteigerte Gallensekretion bewirkte Druckerhöhung in der Gallenblase als mechanischer Reiz im gleichen Sinne. Was aber die Hauptsache ist, die eingegebenen Gallensalze passieren die Leber und erscheinen in einem Plus an solchen in der Galle wieder (5). Sie vermögen damit weiteren Cholesterinausscheidungen mehr oder minder vorzubeugen, insofern schon wiederholt nachgewiesen wurde, daß gallensaure Salze Cholesterin in Lösung zu halten imstande waren (6). Es kommt ihnen also auch eine gewisse prophylaktische Wirkung zu, deren Wert nicht zu unter-

schätzen ist (7). Im Agobilin ist ferner noch eine zweite Säure enthalten, die Salicylsäure, allerdings molekular in nur geringer Menge, aber selbst in dieser relativ kleinen Dosis scheint sie analgesierend mitzuwirken. Die Gehe & Co.-A.-G. stellte mir nämlich auch cholsaures Salz pur zu Parallelbeobachtungen zur Verfügung und ich kam fast stets auf das Präparat cum Acid. salicyl. zurück.

Neu ist in diesem Präparate die Verkoppelung mit Strontium, und es ist auch damit kein Fehlgriff gemacht worden. Der geistige Urheber des Präparats, Dr. Werner (Ludwigshafen a. Rh.), berief sich dabei auf eine englische Arbeit (8), die seinerzeit salicylsaures Strontium zur Behandlung chronischer mit Verdauungsstörung verknüpfter Erkrankungen warm empfahl, und es macht auf mich durchaus den Eindruck, daß auch bei den mit Agobilin erzielten Erfolgen die Strontiumwirkung nicht unbeteiligt ist. Es liegt dieses ja auch schon aus dem Grunde nahe, da Strontium chemisch zur Gruppe des Calciums gehört, ohne die Herzwirkung des Bariums zu zeigen, und ich darf die neuen Arbeiten über die entzündungswidrigen Kräfte der Calciumsalze doch als bekannt voraussetzen.

Das aus molekularen Mengen cholsauren Strontiums und salicylsauren Strontiums allein zusammengesetzte Präparat genügte aber immer noch nicht den Anforderungen, die ich an ein Mittel zur Behandlung so komplizierter Erkrankungsformen stellen mußte. Es zeigt sich, daß die abführende Wirkung der Cholsäure wohl bei normal und krankhaft veränderter Darmfunktion ziemlich prompt eintrat, aber so gut wie gar nicht bei erkranktem Gallensystem, weil dieser Zustand an sich schon mit träger Darmfunktion meistens verbunden ist. Es mußte also die Peristaltik wenigstens primär noch etwas angeregt werden, um der zuströmenden Galle, schon bevor es im Bereiche der Gallenblase zur Drucksteigerung mit den unausbleiblichen Folgezuständen kam, den meist erschwerten Abfluß zu erleichtern. Theoretisch mußte hier schon ein gelindes Aperiens genügen; und in der Tat war der geringe Zusatz von 0,04 g Phenolphtaleindiacetat ausreichend, um auch dieser Forderung nachzukommen und damit der spezifischen Wirkung der Gallensäure die Wege zu ebnen. Vergleichende Versuche bestätigten die Zweckmäßigkeit dieser Zugabe; sie trägt zweifelsohne dazu bei, den therapeutischen Effekt zu sichern.

So entstand das Agobilin, mit dem ich, abgesehen von seinem Werdegang, durch vielmonatige Anwendung bei Erkrankungen des Gallensystems vertraut genug geworden bin, um mich kritisch darüber auslassen zu können.

Ich illustriere seine Wirkung durch Anführung einer Reihe kurzgefaßter Krankengeschichten:

Fall 1. 15. XI. 11: Frau F., 35 Jahre alt. Leber- und Milzschwellung, Stuhl ungeregelt, Druckschmerz in Leber- und Magengegend. Erhält 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin. 25. XI.: Der Stuhl wird besser, das Gefühl der Völligkeit schwindet. 4. XII.: Patientin fühlt sich wesentlich wohler, kann wieder arbeiten. Nichts mehr gehört.

Fall 2. 1. IX. 11: Frau H., 46 Jahre alt, seit Jahren gallensteinleidend, wird auf anfänglich 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin schmerzfrei; Appetit und Aussehen heben sich. Pat. setzt einige Wochen aus. Ein neuer Anfall geht auf Agobilin wieder zurück. Pat. nimmt einige Zeit nur 1 Tablette. Setzt wieder aus. Am 20. I. 12 wiederum ein Anfall, den ich diesmal mit Morphium coupierte. Seitdem nimmt Pat. die Tabletten mit Unterbrechungen weiter und fühlt sich zur Stunde (10. II. 13) noch wohl.

Fall 3. 15. XII. 11: Frau N., 32 Jahre alt, leidet seit ca. 4 Jahren an Kolikanfällen; diese waren in letzter Zeit stärker und Operation wurde ins Auge gefaßt. Erhält 2 mal pro die 1 Tablette Agobilin. Der Stuhl daraufhin geregelter, die Anfälle sistieren. Auch bei Eintritt der Menses, welche einen Anfall auszulösen pflegten, bleiben sie jetzt aus. Die Frau nahm die Tabletten mit Unterbrechungen weiter und fühlte sich am 1. II. 13 noch wohl.

Fall 4. Frau H., 57 Jahre alt, seit einem Jahre an Cholelithiasis leidend, Ikterus. Seit einem Vierteljahr kein Anfall mehr, wohl aber dauernde Druckschmerzen, außerdem in letzter Zeit öfters Erbrechen. Nimmt vom 15. XII. 11 ab 2 mal täglich 2 Tabletten Agobilin. Berichtet am 24. XII., daß der vorher träge Stuhl einem glatten gewichen sei, das Erbrechen nachlasse und auch Appetit und Allgemeinbefinden besser seien. 25. I. 12: Abgang von griesigen Fäces. Pat. setzt aus, muß aber wieder erbrechen; nimmt aufs neue Agobilin, worauf prompt erneute Besserung eintritt. 8. III.: Pat. fühlt sich dauernd wohl, will aber Agobilin nicht mehr missen.

Fall 5. 14. XII. 11: Frau Ph., 68 Jahre alt, Anschoppung der Leber, Druckschmerz in Leber- und Magengegend, Stuhl träge; erhält 2 mal pro die Agobilin. Nach 3 Tagen der Stuhl weich und ohne Beschwerden, auch der Druckschmerz fast verschwunden, das Gefühl des Vollseins gewichen und die Leberschwellung zurückgegangen. Pat. setzt einige Wochen aus. Die Beschwerden stellten sich erneut ein, wenn auch geringer als zuvor. Pat. wiederholt die Agobilineinnahme mit demselben Resultate. Am 29. I. 12 fühlt sich Pat. fast völlig beschwerdefrei, nimmt aber auf mein Anraten Agobilin zeitweise weiter.

Fall 6. Frau H., 40 Jahre alt, Cholecystitis. Seit 8. XII. 11. 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin. Berichtet am 20. XII. 11 über diffuse wässerige Diarrhoe, über Brennen in der Speiseröhre (hatte sich die Tabletten vor der Einnahme gepulvert und dieses Pulver ohne Oblaten genommen), aber auch über völliges Schwinden der Schmerzen. Pat. hat noch eine Zeitlang den Gebrauch von Agobilin fortgesetzt und seit Monaten nicht mehr geklagt.

Fall 7. 3. XII. 11: Frau K., 25 Jahre alt, Cholelithiasis, letzter Anfall vor 8 Tagen, Operation bereits in Erwägung gezogen; erhält 2 mal täglich 2 Tabletten Agobilin, fühlt sich schon am zweiten Abend wohler. Es ging viel Gallengries ab, ein größeres Stück wurde aufgehoben. Stuhl ziemlich dünn, Pat. schmerzfrei. Operation zunächst aufgegeben. Pat. setzte die Kur noch eine Zeitlang fort und ist noch am 30. I. 13 beschwerdefrei.

Fall 8. 13. IX. 11: Herr K., 52 Jahre alt, klagt über Magenschmerzen, ungeregelten Stuhl, erschwerte Verdauung und starke Schweißneigung; war wegen Bleivergiftung schon in einer Nervenanstalt; erhält 2 mal tägl. Agobilin und abends eine Pille Atropin = 0,0005 g. Nach 8 Tagen erscheint der Mann wie umgewandelt. Das allgemeine körperliche Unbehagen ist gewichen, der Stuhl glatt und frei, die Magenschmerzen sind verschwunden. Auch hat sich der Appetit wieder eingestellt. Seit Jahren habe er sich nicht so wohl befunden. Nahm mich nicht mehr in Anspruch.

Fall 9. 16. XI. 11: Frau G., 52 Jahre alt, Cholecystitis. Operation in Betracht gezogen. Erhält 3 mal täglich 2 Tabletten Agobilin. Daraufhin schmerzloser, etwas dünner Stuhl; die Anfälle sistieren. Nach einigen Tagen wird die Dosis auf 2 mal 2 Tabletten pro die herabgesetzt. Pat. fühlt sich zusehends wohler. Um die Zeit der Menses meldet sich ein neuer Anfall, kommt jedoch nicht mehr recht zum Ausbruch. Pat. nimmt Agobilin zeitweise weiter. Operation aufgegeben. 30. I. 13: Status idem.

Fall 10. 12. X. 11: Frau Sch., 50 Jahre alt, Cholecystitis. Schon zwei bis drei Jahre schwer leidend, kachektisch, Stuhl träge; erhält 3 mal täglich 2 Tabletten Agobilin. Der Stuhl wird dünnflüssig; griesartige Steinchen und viel Galle gehen ab. Es tritt allgemeine Erleichterung ein. Bekommt nach einigen Tagen nur 2 mal täglich 2 Tabletten Agobilin und später nur noch 1 mal täglich 1 Tablette, zuletzt auch diese nur noch zeitweise. Die Magenschmerzen haben aufgehört; Pat. fühlt sich dauernd wesentlich wohler (30. XII. 12).

Fall 11. 2. XII. 11: Frau K., 44 Jahre alt, vor 6 Jahren wegen Cholelithiasis operiert, hat jetzt wieder erneute Schmerzen, auf Rezidiv oder Störungen im Abfluß der Galle hindeutend. Pat. nimmt morgens nüchtern 2 Tabletten Agobilin. Die Schmerzen gehen daraufhin zurück, der Stuhl wird regelmäßiger und sie fühlt sich auch im allgemeinen wohler. 24. II. 12: Pat. hat inzwischen ausgesetzt, die alten Erscheinungen melden sich aufs neue, gehen auf Agobilingebrauch aber wieder zurück. 22. III.: Status idem; Pat. will Agobilin weiternehmen. Nichts mehr gehört.

Fall 12. 22. IX. 11: Frau N., 51 Jahre alt, Cholecystitis und Milztumor, erhielt 3 mal täglich 1—2 Tabletten Agobilin; bekam daraufhin Ruhe und häufige Stühle, die vielfach Gries mit sich führten; am After Brennen und Jucken; auch zeigten sich hier und da Leibschmerzen. Es wurde vorübergehend ausgesetzt, worauf wieder Stuhlverhaltung eintrat. 12. XI. 11: Bei periodischer Wiederholung der Kur auffallende Besserung. Pat. fühlt sich heute, am 30. I. 13, wohl.

Fall 13. 12. X. 11: Herr H., 39 Jahre alt, hat seit etwa 5 Jahren mit Gallensteinen und gleichzeitig mit Vitium cordis zu tun; er wurde vor 3 Jahren operiert unter Entfernung der Gallenblase. Bald erneute Kolikanfälle, welche nach Ansicht eines Klinikers wieder Gallensteine anzeigten. Pat. erhielt 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin und fühlte sich wieder besser. Allerdings kehrten die Anfälle nach einigen Monaten wieder, waren jedoch von geringerer Stärke und gingen auf erneute Agobilingabe wieder zurück, desgleichen die Schmerzen in der Magengegend und selbst die Druckschmerzen. Ferner ist das zuvor permanent ikterische Aussehen des Patienten geschwunden, und hat sein Gewicht im Laufe des Jahres erheblich zugenommen. Er berichtete am 30. I. 13, immer noch beschwerdefrei zu sein.

Fall 14. 9. XI. 11: Frau Fr., 46 Jahre alt, Cholecystitis, erhielt 3 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin, worauf einige Cholesterinsteine zutage traten. Es stellte sich am 23. IX. 11 um die Zeit der Menses ein neuer, aber leichterer Anfall ein. Diese Erscheinungen wiederholten sich noch einige Male, aber unter deutlicher Abschwächung und unter wiederholtem Abgang von Gallengries. Pat. bekam wieder Appetit und blieb nun auch

zur Zeit der Menses frei von Schmerzen. 30. I. 13: Pat., bei welcher vor einem Jahre Operation schon in Erwägung gezogen, ist auch zur Stunde noch beschwerdefrei.

Fall 15. Fräulein K., 23 Jahre alt, leidet an hartnäckiger Obstipation. Sie nimmt 3 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin, hat daraufhin regelmäßigen Stuhl, glaubt aber etwas Herzklopfen zu verspüren. Agobilin reduziert auf 2 mal tägl. 2 Tabletten pro die mit demselben Erfolge ohne Herzklopfen.

Fall 16. Herr L., 34 Jahre alt, klagt über Schmerzen im Rücken und in der Nierengegend links, außerdem über Darmträgheit und Druckempfindlichkeit der Leber. Er erhält vom 17. V. 12 ab 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin und erklärt am 28. VIII., der Darm arbeite besser, das Druck- und Schmerzgefühl der Leber und im Rücken hätten nachgelassen, ferner am 27. X., daß die Besserung weiter fortschreite. Nichts mehr gehört.

Fall 17. Frau W., 64 Jahre alt, klagt über Druckschmerz an der Leber. Leib fest, Völligkeitsgefühl, chronische Obstipation. Sie erhält vom 21. VIII. 12 ab 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin und erklärt am 3. IX., daß der Stuhl besser und das Völligkeitsgefühl geschwunden sei. Nach Aussetzen der Kur stellen sich die Beschwerden langsam wieder ein. Pat. nimmt erneut Agobilintabletten und fühlt sich wieder wohler.

Fall 18. Frau P., 27 Jahre alt, leidet seit vier Wochen an Ikterus, starkem Hautjucken, trägem Stuhl und Schmerzen in der Gallenblasengegend. Patientin erhält vom 21. VIII. 12 ab 2 mal täglich 2 Tabletten Agobilin. Vom 30. VIII. ab schwindet der Ikterus; auch lassen die Schmerzen nach. Am 9. IX. nur noch ganz geringer Ikterus, aber noch Hautjucken. Am 23. IX. auch das Hautjucken geschwunden.

Fall 19. Frau Sch., 28 Jahre alt, leidet an Cholecystitis; zum ersten Male gravid, im 5 Monat. Ein Anfall am 5. XII. 12; der Anfall wurde nach 10 Stunden Dauer durch Morphiuminjektion coupiert. Pat. nimmt vom 6. XII. ab 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin und fühlt sich daraufhin wesentlich leichter; besonders das lästige Druckgefühl in der Magengegend weicht, ebenso das Völligkeitsgefühl. Nach 8 Tagen erneuter Anfall; derselbe ist aber schwächer und geht nach 3 Stunden spontan zurück. Pat. nahm Agobilin weiter und fühlte sich am 15. II. 13 noch wohl.

Fall 20. Frau B., 33 Jahre alt, klagt über Schmerzen im Kreuz und in den Hüften, über Stuhlträgheit und starke Blähungen. Sie erhält vom 9. V. 12 ab 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin und erklärt am 20. V., daß der Darm wieder funktioniere, der Leib weicher sei und auch die sonstigen Beschwerden nachlassen. Pat. nahm mich nicht weiter in Anspruch.

Fall 21. Herr B., 45 Jahre alt, Cholecystitis, hatte vor 3 Monaten einen schweren Kolikanfall, seitdem öfters Anfälle unter Fiebererscheinungen, Stuhl jedoch regelmäßig. Er erhält vom 30. IV. 12 ab 2 mal 2 Tabletten Agobilin pro die und berichtet am 9. V. über kopiöse Stühle ohne Anfälle. Pat. erhält darauf vom 14. V. ab täglich nur noch 1 mal 2 Tabletten. Auch daraufhin noch reichlicher Stuhl ohne Anfälle. Er setzt aus ohne neue Beschwerden.

Fall 22. Frau G., 35 Jahre alt, Cholecystitis, erhält vom 22. IX. 11 ab 2 mal tägl. 2 Tabletten Agobilin. Die Anfälle sistieren, der vorher träge Stuhl wird geregelt, die Fiebererscheinungen bleiben weg. Nach einem Monat ist die Frau beschwerdefrei. Beinahe ein Jahr später Rezidive, die unter Fieber- und Frostgefühl öfters auftreten. Pat. nimmt wieder eine Zeitlang Agobilin und die Erscheinungen gehen aufs neue wieder zurück. Die vorher kachektische Frau hatte im Laufe des Jahres 30 Pfund zugenommen.

Die Ergebnisse dieser Versuchsreihe lassen keinen Zweifel darüber, daß wir in dem Agobilin ein Präparat besitzen, das für eine erfolgreiche interne Behandlung der Erkrankungen des Gallensystems ernstlich in Betracht gezogen werden kann. Denn abgesehen vom Stadium des akuten Anfalls, bei dem die schmerzlindernde Wirkung des Morphiums unentbehrlich bleiben wird, gelang es mit geringen Ausnahmen, das gesteckte Ziel, das Stadium der Latenz, mit ihm zu erreichen. Dabei vollzog sich der Uebergang zum Stadium des freien Intervalles, der Ruhe, oft so spielend und unvermerkt, als sei es selbstverständlich. Wohl sehen wir unter seinem Gebrauche die Anfälle sich teilweise wiederholen, aber sie werden seltener oder kürzer und schwächer.

Während manche Fälle schon nach kurzem Gebrauch dem Stadium der Latenz verfielen, erforderten wieder andere eine längere Kurdauer, einzelne sogar eine quasi permanente. Allerdings waren das jene, welche durch dauernden Druckschmerz die chronische Form der Cholecystitis verieten, oder solche, die unter Fieber, Ikterus und Koliken entweder auf ein Empyem oder auf eine Choledochusverengerung hinwiesen. Die zuletzt genannten will ich in den Indikationsbereich des Agobilins nicht hineinnehmen, obgleich auch bei ihnen das Einsetzen einer günstigen Wirkung wiederholt unverkennbar war. Andererseits dürfte die Tatsache, daß von etwa 150 von mir mit Agobilin behandelten Fällen, unter denen sich mehrere grave befanden, bis zur Stunde keiner zur Operation kam, zu weiteren Prüfungen auch bei solchen ermutigen.

Besondere Betonung verdient ferner die hervorragend belebende Wirkung des Agobilins auf die Darmtätigkeit. Dieselbe kann fast kumulativ genannt werden. Ich hatte wiederholt Gelegenheit, dieses bei habitueller Obstipation zu beobachten. Allerdings kam es dabei manchmal auch zu diarrhoischen Erscheinungen, doch wurden diese nur selten lästig empfunden. Direkt unliebsame Nebenwirkungen waren nicht zu beobachten. Die in Fall 15 registrierte Herzerscheinung ließ sich ja durch Reduzierung auf die übliche Dosierung glatt wieder ausschalten. Auch war dieses ein einziger Ausnahmefall, bei dem noch andere Faktoren mitgesprochen haben können.

Die günstige Wirkung des Agobilins äußerte sich in der Regel in einem ziemlich raschen Zurückgehen etwa vorhandener Leberschwellung, in dem Schwinden des Völligkeitsgefühles im Abdomen und im Nachlassen des Druckgefühls im Bereiche der Leber. Anfälle von besonderer Stärke wurden durch Agobilin nicht provoziert. Ich darf also annehmen, daß die entzündungswidrige Wirkung des Strontiums, die schwach analgesierende der Salicylsäure und die primär entlastende des Phenolphtaleindiacetates zur freieren cholagogen Entfaltung der Cholsäure in der Tat erfolgreich beitragen.

Nach meinen Erfahrungen dürfte daher das Agobilin berufen sein, in der konservativen Behandlung der Gallensteinleiden und verwandter Zustände sich aufs beste einzuführen und einzubürgern. Außerdem kann es als ein zuverlässiges Prophylakticum dieser Erkrankungen warm empfohlen werden. Meine übliche Dosierung war bei Beginn der Kur 2 mal tägl. 2 Tabletten, und zwar die ersten zwei unmittelbar nach dem ersten Frühstück, die zweiten zwei abends um dieselbe Stunde, z. B. morgens 8 Uhr und abends 8 Uhr. Es wird dadurch ein Zusammenfallen der Agobilinwirkung mit dem physiologischen Maximum der Gallensekretion ermöglicht.

Literatur:

1. Müller: Würzburger Abhandlungen, Bd. I, H. 2, S. 57. — Schwarz: Ebenda, Bd. VIII. H. 10, S 262.
2. Fornet (Straßburg): Ueber die Bactericidie der Galle. Archiv für Hygiene, Bd. LX, S. 134 u. ff. — Schmischke: Ueber den Einfluß der Galle auf die Darmbakterien. Dissertation, Heidelberg 1910.
3. Rywosch: Arbeiten des pharmakol. Instituts in Dorpat 1888. — Stadelmann: Deutsche medizin. Wochenschrift, 1896. S. 785. — Hammarsten: Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1904, S. 260. — Minkowski: Deutsche Klinik, Bd. V, S. 681.
4. Gallensäuren als Abführmittel. Wiener klin. Wochenschr. 1910, No. 1.
5. Goldmann: Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, Bd. IX, S. 91 u. ff. — Fränkel: Dynamische Biochemie, 1911, S. 128.
6. Grube-Graff: Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung. 1912, S. 7.
7. Eichler & Latz: Archiv für Verdauungskrankheiten, 1909 Bd. XV, H. 5.
8. Wood: Brit. med. Journal, 1895, Bd. I, pag. 14.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Das neuerliche Auftreten des Rückfallfiebers in St. Petersburg und Deutsch-Ostafrika und seine Bekämpfung. Besprochen von San.-Rat Dr. **Kronecker** [Berlin-Steglitz]. (Schluß.)

Nach allem, was wir hier in bezug auf die Art der Uebertragung des Rückfallfiebers durch die Zecke Ornitodorus moubata Merrey in den Tropen im allgemeinen und in unserer blühenden Kolonie Deutsch-Ostafrika im besonderen gesehen haben, können wir den Kampf gegen diese zwar das Leben nicht im besonderen Grade gefährdende, aber doch ungemein lästige Seuche mit Aussicht auf Erfolg aufnehmen. Die Prophylaxe erscheint in unserem Falle als eine ganz besonders dankbare, vergleichsweise leichte Aufgabe, sowohl für den Einzelnen als für die Kolonialverwaltung. Nach den Angaben Robert Kochs genügt es, wenn der Weiße, namentlich zur Nachtzeit, 20—30 Meter von einem jeden Platze entfernt bleibt, welchen er für infiziert mit Zecken halten muß. Derartige Plätze sind fast ausnahmslos die Hütten der Eingeborenen, sowie die Schutzdächer und Rasthäuser der Karawanenstraßen. Aehnliche Ratschläge erteilt uns Otto Schnei-

der[14]), Oberarzt der Bagdadbahn in Adana, Kleinasien. Er beobachtete eine sehr ausgedehnte Rekurrensepidemie in Nordsyrien, wo er im Bereiche der 2. Baudivision als Arzt an der Bagdadbahn wirkt. Von Oktober 1910 bis Oktober 1911 sah er dort über 100 Fälle. Es war bis dahin nicht erkannt worden, daß jene Krankheit tatsächlich schon seit langem in Nordsyrien endemisch ist. Und doch trägt das Rückfallfieber, welches man mangels sorgfältiger Untersuchung und Beobachtung bisher als „Malaria" resp. als „Typhomalaria" diagnostizierte, zu einem großen Teile die Schuld an dem schlechten sanitären Rufe des Landes. Die Rekurrens ist aber keineswegs erst mit dem Bahnbau nach Nordsyrien und Kleinasien verschleppt worden. Denn wir finden sie auch weit im Innern, fern jeglicher Bautätigkeit; sie existierte nach den Angaben intelligenter Einheimischer lange vor Beginn des Bahnbaues.

Auch hier im westlichen Asien wird das spirillenhaltige Blut, genau wie im tropischen Afrika, durch den Biß der Zecke Ornitodorus moubata überimpft. Darin liegt alles begründet: die Art ihrer Verbreitung sowohl als die Prophylaxe. Das Rückfallfieber ist in ausgesprochenem Maße die Seuche des Schläfers am Erdboden, des Zeltschläfers und des Reisenden, welcher auf dem infizierten Lager der Karawanenstraße und der Unterkunftshäuser (türkische Chans) übernachten muß. Mehr noch als die Krätze darf man sie eine spezifische Schlafkrankheit nennen.

Daher sehen wir bei der Jahresverteilung der Rekurrens eine deutliche Bevorzugung der kälteren Monate, im Gegensatz zu der Malaria, welche in der wärmeren Hälfte des Jahres ihren Höhepunkt erreicht. Schneider hatte z. B. während des kühlen Maimonats im Hospital zu Adana 13 Rückfallfieberpatienten gegen 22 Malariafälle. Im heißen Juli dagegen war der Krankenbestand dort: 10 Rekurrens- gegenüber 93 schweren Malariaerkrankungen; im noch heißeren August kein Rekurrensfall und 161 Malariaerkrankungen.

Genau wie im tropischen Afrika wird also auch im westlichen Asien das spirillenhaltige Blut von Mensch auf Mensch durch die Zecke Ornitodorus übertragen. Sie verläßt nachts ihren Schlupfwinkel auf dem trockenen Erdboden, um am Schläfer zu schmarotzen. Die Zecke kann sich nicht weit, nur auf wenige Meter von ihrem Standort entfernen. Daraus ergibt sich leicht, wie man sich vor ihrem Biß zu schützen hat: Die infizierten Zeltlager sind auf das Strengste zu meiden resp. einer gründlichen Desinfektion zu unterwerfen.

Was nun die Therapie der ausgebrochenen Rekurrens betrifft, so sind wir hier weit weniger glücklich, als bei der Prophylaxe. Es gibt bisher kein intern zu verabfolgendes Medikament von sicherer Wirkung. Alle leichten Fälle heilen unter sorgfältiger Pflege, guter Ernährung und hydrotherapeutischen Maßnahmen aus. Bei den mittelschweren oder ganz schweren Erkrankungen mit schnellem Kräfteverfall versagen alle innerlich gereichten Medikamente. Einige Erfolge sah Schneider von dem Arrhenal: methylarsinsaurem Natrium in Stärke von 0,5 g, in einer 1 ccm-Ampulle enthalten. Intravenös injiziert schnitt es bei 7 von Sch. behandelten Fällen die Krankheit vollständig ab. Bemerkenswert sind die Veränderungen, welche nach der Injektion sich an den Spirillen vollzogen. Ungefähr 7 Stunden nach der Einspritzung pflegen sie sich um die Blutkörperchen zu ringeln, und nach 7 bis 13 weiteren Stunden sind keine Spirillen mehr im Blute nachzuweisen. Spätestens 12 Stunden nach ihrem Verschwinden erfolgt ein rapider Abfall der Temperatur; einmal beobachtete Sch. ein Sinken der Körperwärme um 6°! Bei Mischinfektionen von Rekurrens und Malaria konnte er häufig noch tagelang Malariaparasiten im Blute nachweisen, während sich die Temperatur unter 37° oder sogar unter 36° hielt.

Die einmalige intravenöse Injektion von Arrhenal 0,5 erwies sich zwar stark genug, den Anfall zu coupieren, vermochte aber nicht in allen Fällen mit Sicherheit einem Rückfall vorzubeugen. Daher entschloß sich Schneider, die Injektion in gleicher Stärke am 5. und 9. Krankheitstage, und zwar diesmal subkutan, zu wiederholen. Es gelang ihm hierdurch, Rezidive sicher zu verhüten. Natürlich suchte er bei Mischinfektion auch die Malaria je nach dem Blutbefunde zu bekämpfen. Denn ohne Zweifel besteht ein gewisser Circulus vitiosus zwischen Malaria und Rekurrens einerseits und dem geschwächten Organismus andererseits.

Auch das Atoxyl, welches gegen die den Spirillen so nahe verwandten Trypanosomen uns schon lange wertvolle Dienste leistet, wäre wohl eines Versuches in der Behandlung schwerer Fälle von Rekurrens wert. Stabsarzt Heinrich Werner[15]) berichtet über einen Fall von Mischform von Trypanosoma und Rekurrens. Der betreffende Patient, ein Feldwebel der ostafrikanischen Schutztruppe, welcher an Trypanosomiasis litt, war im September 1909 auf dem Marsche von Tanganika zur Ostküste zwischen ersterem Platze und Tabora wiederholt von Zecken gestochen worden, welche als „Ornitodorus moubata" erkannt wurden. In den auf jene Reise folgenden Monaten unterzog er sich zwecks Heilung seiner Trypanosomiasis einer kombinierten Atoxyl-Enesolkur. Am 20. November 1909, d. h. ca. 2 Monate nach dem Empfang der Stiche durch die infizierten Zecken, erkrankte der bis dahin absolut fieberfreie Mann an plötzlich einsetzendem Fieber, welches nur zwei Tage anhielt. Während dieses kurzen Paroxysmus konnten Rekurrensspirillen im Blute nachgewiesen werden. Wenige Tage später fanden sich dieselben auch bei den Versuchstieren, auf welche man jenes Blut überimpft hatte. Alle diese Beobachtungen und Versuche wurden zu Hamburg in dem mit dem dortigen Institut für Schiffs- und Tropenhygiene verbundenen Seemannskrankenhause vorgenommen, in welchem Pat. nach seiner Rückkehr in die Heimat am 11. November 1909 Aufnahme gefunden hatte.

Bei unserem Kranken hatte es bei jenem einen Rekurrensfall sein Bewenden, obwohl keinerlei weitere Therapie eingeleitet wurde. Wir haben es hier also mit einem Rückfallfieberfalle zu tun, welcher sich erst volle 3 Monate nach den infizierenden Zeckenstichen entwickelte. Bemerkenswert ist ferner, daß im Laufe dieser langen Inkubationszeit gegen die außerdem bestehende Trypanosomiasis eine Atoxyl-Enosolkur eingeleitet worden war, und es erscheint recht plausibel, daß durch letztere die Virulenz der Spirillen abgeschwächt wurde. Eine Prüfung des Mittels bei einer größeren Anzahl weiterer Fälle wäre wohl der Mühe wert.

Mit der Acetylverbindung des Atoxyls, dem „Arsacetin", sind von J. Iversen[16]) tatsächlich eine Reihe von therapeutischen Versuchen im Obuscheff-Männerhospital zu St. Petersburg vorgenommen worden. Von 148 dort aufgenommenen Rekurrenskranken behandelte Iversen 104 mit Arsacetininjektionen. Das Mittel wurde in 20 proz. Lösung subkutan unter die Skapula injiziert. Am besten bewährte sich eine Dosis von 0,5 Arsacetin, im Verlaufe von 25 Tagen jeden 2. bis 4. Tag eingespritzt. Nur für die ersten Tage empfiehlt sich, die Gabe etwas kleiner (0,2) zu nehmen. Mehrfach trat im Verlaufe der Behandlung Albuminurie auf. Ob diese indessen auf die Wirkung des Arsacetins oder auf die Ausscheidung der von den massenhaft abgetöteten Spirillen herstammenden Endotoxine zurückzuführen ist, bleibt dahingestellt. In einem Falle kam es zu dauernder Erblindung auf Grund toxischer retrobulbärer Neuritis. Der betreffende Pat. hatte allerdings ungewöhnlich große Dosen Arsacetin, anfangs 0,7, später 0,5 g, erhalten.

Sonst hatten die Injektionen eine entschieden heilsame Wirkung. Iversen konnte nicht nur eine günstige Beeinflussung der Temperaturkurve, sondern auch eine entschiedene Besserung des Allgemeinbefindens und der objektiv nachweisbaren Symptome konstatieren. Besonders erfreulich war es, daß ein beträchtlicher Teil der Kranken: mehr als 50 pCt., von Rezidiven völlig verschont blieb. Bei anderen hatten die Rückfälle einen wesentlich kürzeren und leichteren Verlauf. Während der Rezidive konnte man nur selten Spirillen im Blute nachweisen.

Am wirksamsten hat sich in jüngster Zeit auch gegenüber der Rekurrens das Salvarsan erwiesen, wenngleich das letzte Wort in dieser Sache noch nicht gesprochen ist und Rückschläge und Enttäuschungen nach anfänglich zu hoch gespannten Erwartungen kaum ausbleiben dürften. Immerhin liegt schon heute eine stattliche Reihe von Publikationen über günstige Erfolge vor. So berichten zwei russische Aerzte, Pollanski und Woskressenski[17]), Salvarsan in Gaben von 0,3 bis 0,6 g intravenös injiziert bewirke bei dem russischen Rückfallfieber, daß der zweite Anfall gar nicht oder schwach auftrete und der dritte stets gänzlich ausbleibe. Höhere Dosen aber seien entschieden zu widerraten; sie erweisen sich bei intravenöser Applikation als giftig.

Auch die afrikanische Rekurrens wird von Salvarsan günstig beeinflußt. Rodhain, Pons und van Branden[18]) vermochten durch intravenöse Gaben von 0,01 g auf das Kilogramm Körpergewicht bereits den ersten Anfall zu coupieren; kleinere Mengen bringen nur vorüber-

---

[14]) Otto Schneider, Oberarzt der II. Division der Bagdadbahn in Adana (Nordsyrien): Febris recurrens und sein Zusammentreffen mit Malaria in Nordsyrien. Menses Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene, Jahrg. 1912, Bd. 16, S. 150 ff.

[15]) Stabsarzt Dr. Heinrich Werner: Verlängerung der Inkubation bei afrikanischer Rekurrens durch Atoxyl. Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg. Ebenda, Jahrg. 1911, Bd. 15, S. 541/542.

[16]) J. Iversen: Ueber die Behandlung der russischen Rekurrens mit Arsacetin (Ehrlich). Aus dem Obuchoff-Männerhospital zu St. Petersburg. Münch med. Wochenschr., 1909, No. 35.

[17]) W. Pollanski und K. Weskressensky: Versuch der Anwendung des Salvarsans beim Rückfallfieber. Med. Obosroenije, 1911, No. 19; ref. in Menses Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Jahrgang 1912, Bd 16, S. 746.

[18]) J. Rodhain, C. Pons et van Branden: Essais du traitement de la fievre recurrente d'Afrique par l'arsenobenzol „606". Ref. ebenda, S. 747.

gehende Besserung. Unangenehme Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet.

Auch drei andere französische Forscher: Adin-Delteil, Negre und Raynaud[19]), sahen bei zwei Fällen von algerischer Rekurrens schnellen Erfolg von Salvarsan, welches sie in Einzeldosen von 0,6 g applizierten. Der Blutbefund zeigte nach der Injektion eine rasch vorübergehende Hyperpolynukleose, welche bald einer Mononukleose Platz machte. Zwei Tage später beobachtete A. eine bis dahin fehlende Eosinophilie. Das Blutbild ändert sich genau wie bei spontaner Genesung, nur weit langsamer.

Remesow[20]) konnte an 136 Rekurrenskranken die Wirkung des Salvarsans studieren. Er gab das Mittel in 31 Fällen subkutan, in 34 intramuskulär und bei 90 Patienten intravenös ein. Letztere Art der Anwendung verdient ihrer prompten Wirkung halber entschieden den Vorzug. R. gelangte zu folgenden Schlüssen:

1. Das Salvarsan offenbart ersichtlich bei keiner anderen Krankheit seine spirillentötenden Eigenschaften in so hohem Maße wie beim Typhus recurrens.

2. Das Salvarsan, dem Rekurrenskranken injiziert, bricht den Anfall ab. Die Wirkung tritt je nach Art und Zeit der Einführung der therapeutischen Dosis im Verlaufe von 6 bis 48 Stunden ein. In der großen Mehrzahl der Fälle werden Rückfälle nicht beobachtet.

3. Das Salvarsan, subkutan oder intramuskulär eingeführt, verursacht stets eine je nach Art der Einführung größere oder geringere Reizung der Gewebe.

4. Die beste Methode der Behandlung des Typhus recurrens ist die intravenöse Applikation des Salvarsans; doch muß dieselbe unter strengster Beobachtung aller Regeln der Aseptik, wie bei Zubereitung der Lösung, so auch während des Injizierens, ausgeführt werden.

5. Das Salvarsan in therapeutischen Dosen bei Kranken angewandt, die keine Kontraindikation zur Anwendung desselben aufweisen, offenbart keine toxischen Eigenschaften.

6. Der Befund von geringen Mengen Eiweiß im Urin der Rekurrenskranken (eine Wirkung der Infektion auf das Nierenepithel) verhindert die Behandlung der Kranken mit Arsenobenzol nicht.

Endlich berichtet Kersten [Hamburg][21]), daß es Ehrlich, Hata und ihm selbst geglückt ist, sowohl mit dem alten Salvarsan, als auch, und zwar in noch vollkommenerer Weise, mit dem wesentlich verbesserten Präparat Ehrlichs, dem sogen. „Neosalvarsan", die Wirkung auf das spirillenhaltige Blut auch experimentell zu demonstrieren. Und zwar gelang die sofortige Sterilisierung des Blutes von Rekurrensspirillen eines Frankfurter Stammes durch Salvarsan in einer Verdünnung von 1:800, durch Neosalvarsan aber ausnahmslos bereits in einer Verdünnung von 1:1000. Definitive Heilung konnte nach längerem Verweilen der Spirillen im Blute durch eine Lösung des ursprünglichen Salvarsans von 1:4000 erzielt werden, dagegen schon durch eine Neosalvarsan-Lösung von 1:20000. — Auch einem Hamburger Stamm gegenüber zeigte sich das Neosalvarsan erheblich wirksamer. Allerdings war es mit keinem von beiden Präparaten möglich, eine sofortige Sterilisation zu erzielen. Indessen zeigten bei den mit Neosalvarsan gespritzten Versuchstieren die Infektionen einen bedeutend leichteren Verlauf; es folgten weniger Rezidive, welche obendrein auch noch von kürzerer Dauer waren. Schließlich trat auch die definitive Heilung weit rascher ein.

E. Dschunkowsky, Direktor der Anti-Rinderpeststation in Surnabad): **Das Rückfallfieber in Persien.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Verf. fand: Die in Persien beim Menschen durch Bisse der in menschlichen Wohnungen lebenden Zecken (Ornithodoros Tholozani oder Ornithodoros Canestrini) hervorgerufene Krankheit ist das Rückfallfieber. Die Spirochäte dieses Rückfallfiebers stellt eine selbständige Art dar; Verf. schlägt vor, sie Spirochaeta persica zu nennen. Am nächsten kommt diese Spirochäte der Spirochaeta Duttoni. Wahrscheinlich übertragen die genannten Zecken den Krankheitsstoff auch auf Schafe, wobei die Krankheit bei letzteren sich nur in einer Temperatursteigerung äußert und im Organismus dieser Tiere die Spirochäten in besonderen, noch unbekannten Formen leben; bei günstigen Bedingungen werden sie auf den Menschen übertragen.

[19]) Adin-Delteil, L. Negre und Raynaud: Traitement du Typhus recurrent par le Dioxydiamidoarsenobenzol. Presse medic., Juli 1911, ref. ebenda, S. 857.

[20]) Th. Remesow: Zur Frage über Mittel der Bekämpfung des Typhus recurrens. (Anwendung des Salvarsans.) Münchener med. Wochenschr., 1911, No. 42.

[21]) H. E. Kersten (Hamburg): Ueber Neosalvarsan. Beihefte zu Menses' Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Jahrg. 1912, Bd. 16, S. 216, 503.

Dr. **Carl Stern** (Düsseldorf): **Ueber „eigenlösende" Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wa.-R.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Wie Verf. gefunden hat, zeigen Meerschweinchen, denen ein oder mehrere Male Blut entnommen ist, nach kürzerer oder längerer Zeit in ihrem Serum die Eigenschaft, auch ohne Ambozeptorzusatz Hammelblutkörperchen zu lösen. Diese Eigenschaft kann wieder verschwinden und zeigt sich vornehmlich bei der Verwendung des ganz frischen Serums. Es ist daher vor jedem Versuch das Komplement auf seine eigenlösende Eigenschaft zu untersuchen.

Prof. Dr. **Th. Deneke** (Hamburg): **Ueber die syphilitische Aortenerkrankung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Verf. gibt einen umfassenden Ueberblick über die Statistik, Pathologie und Therapie der Aortenerkrankungen syphilitischer Aetiologie. Der Syphilitiker hat nach Ausweis der Lebensversicherungsstatistik eine mehr als doppelt so große Wahrscheinlichkeit, an Erkrankungen des Zirkulationsapparates zu sterben, als der nichtinfizierte Erwachsene. Am wichtigsten von diesen Erkrankungen ist die syphilitische Aortitis (Mesaortitis nach Heller und Döhle), die durch sie bedingte Aorteninsuffizienz und die mit ihr in ursächlichem Zusammenhange stehenden Aortenaneurysmen. In den Krankenhäusern sind, wie Verf. durch Zahlen belegt, die Aortenerkrankungen als Todesursache häufiger als alle übrigen Spätfolgen der Lues zusammen (abgesehen von der Paralyse). Verf. selbst beobachtete in 4 Jahren etwa 200 Fälle von luetischer Aortitis. Die durchschnittliche Zwischenzeit zwischen der syphilitischen Infektion und dem Beginn der subjektiven Krankheitserscheinungen betrug bei den männlichen Patienten 20¼ Jahre, bei den Frauen 19¼ Jahre. Gewöhnlich hat sich die Erkrankung schon einige Jahre schleichend entwickelt und schon ausgedehnte Zerstörungen in der Aortenwand herbeigeführt, ehe sie dem Patienten zum Bewußtsein kommt. Die Wassermannsche Reaktion war in 86,6 pCt. der Fälle positiv. Was das Lebensalter der Patienten anlangt, so war, abgesehen von einem 17 jährigen Patienten mit hereditärer Lues, der jüngste bei Eintritt in die Behandlung 25 Jahre, der älteste 72 Jahre alt. — Was die pathologische Anatomie anlangt, so ist zunächst die Lokalisation der luetischen Aortenerkrankung eine etwas andere als die der Altersarteriosklerose. Die Aortitis bevorzugt den aufsteigenden Teil der Aorta und beginnt fast immer unmittelbar über den Ansatzrändern der Seminularklappen. Der Aortenbogen und die Aorta thoracica descendens zeigen gewöhnlich die frischeren und weniger hochgradigen Veränderungen; die Aorta abdominalis ist in der Regel frei. Die Erkrankung greift sehr oft auf die Aortenklappen über; durch narbige Retraktion der Klappen entsteht häufig Aorteninsuffizienz. Makroskopisch ist die Aortitis charakterisiert durch die narbigen, grübchenartigen Einziehungen der Innenfläche, die zu starker Wandverdünnung führen können. Oft wird der Substanzverlust der Media durch schwielige Verdickungen der Adventitia ausgeglichen. Neben sulzigen Verdickungen finden sich Runzeln und Falten der Intima. Die am stärksten befallenen Teile der Aorta, am frühesten die Aortenwurzel, sind gewöhnlich erweitert, die Abgangsstellen der Coronararterien vielfach verengt, nicht selten eine derselben völlig verschlossen. Im weiteren Verlauf bilden sich, ausgehend von einer besonders stark befallenen Stelle der Aortenwand, sackförmige Ausbuchtungen, die Aneurysmen. — Was die klinischen Symptome der Aortensyphilis anlangt, so lassen sich die ausgeprägteren Fälle in drei Gruppen einteilen: 1. solche mit Angina pectoris-Symptomen, abhängig von der Erkrankung der Abgangsstellen der Kranzarterien; 2. die unter dem Bilde der Aorteninsuffizienz verlaufenden Fälle; 3. solche mit Aortenaneurysmen und deren Symptomen. — Zwischen den drei Typen finden sich Uebergänge; besonders häufig sind Aneurysmen mit Aorteninsuffizienz kombiniert; nicht selten sind alle drei Symptomenbilder vereinigt. Von den Komplikationen der Aortitis sind die häufigsten diejenigen mit Nervenerkrankungen, insbesondere mit den syphilitischen und postsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. In 30 pCt. der Fälle des Verfassers bestanden gleichzeitig Symptome von Nervenlues. — Was den Verlauf der luetischen Aortitis anlangt, so tritt in der Regel, wenn keine spezifische Therapie eingeleitet wird, unter zunehmenden Kreislaufsstörungen der Tod ein, meist ½—1 Jahr nach Beginn der subjektiven Krankheitssymptome. Nach den bisherigen Erfahrungen hat die einfache Aorteninsuffizienz keine wesentlich günstigere Prognose als die Aorteninsuffizienz mit Aneurysma und als das Aneurysma allein. Was nun die Therapie anlangt, so kann sie zerstörtes Gewebe nicht wiederherstellen, sie kann nur das weitere Fortschreiten der Erkrankung verhüten. Meist treten die Patienten zu früh aus der Behandlung. Im allgemeinen ist der Zustand der Patienten um so besser, je energischer und nachhaltiger sie antisyphilitisch behandelt werden konnten. In einigen Fällen konnte Verf. auf diese Weise überraschende Erfolge erzielen. Was die Art der Therapie anlangt, so kommt

in erster Linie die Schmierkur in Frage. Sie war nur in der Minderzahl der Fälle anwendbar, da die meisten Patienten im Zustande schwerer Stauung mt Oedemen und Ergüssen zur Aufnahme kamen. Auch nach Behebung der Stauungen sind hier Einreibungen zunächst nicht zweckmäßig. Die Jodbehandlung allein führt nur bei langem Gebrauch sehr großer Dosen, die die meisten Menschen nicht vertragen, zum Ziel; kleine Dosen von Jodkalium sind meist wertlos. Wo die Schmierkur nicht anwendbar war, gab Verf. meist die Ricordsche Kombination von Hydrargyr. bijodat. und Natrium jodat., entweder als Lösung, oder in Form der Pohlschen Geloduratkapseln. Wenn das Mittel gut vertragen wird, empfiehlt Verf., es 3 Monate hintereinander gebrauchen zu lassen. An die Hg- und Jodbehandlung wurde bei widerstandsfähigen Patienten die Zittmannsche Kur angeschlossen, meist mit gutem Erfolge. In einzelnen Fällen wurde Salvarsan in kleinen Dosen (0,2 bis 0,4 g) angewendet, z. T. mit günstigem Erfolge. Salvarsan ist nur bei den gut kompensierten Fällen anwendbar. — Damit die Patienten frühzeitig einer spezifischen Behandlung zugeführt werden können, muß bei jedem an Angina pectoris leidenden Patienten unter 50 Jahren, bei jedem mit Aorteninsuffizienz behafteten Patienten baldigst die Aetiologie durch Anstellung der Wa.-R. geklärt werden; es darf keine Zeit mit anderen Kuren (Nauheim usw.) verloren gehen. R. L.

Dr. **Koloman Freuder**, Assistent d. Ambulator. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten des Prof. Paschkis in Wien: **Erythema exsudativum multiforme der Mundschleimhaut.** (Wiener med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Von den Dermatosen, welche entweder gleichzeitig oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang neben den Symptomen auf der Haut Erscheinungen auf den Schleimhäuten aufweisen, sind in dieser Hinsicht der Lichen ruber planus, die Arzneiexantheme und das Erythema exsudativum multiforme die wichtigsten. In bezug auf dieses relativ seltene Verhalten haben Beobachtungen ergeben, daß die mit Mucosa versehenen Anteile des Mundes, der Nase, des Kehlkopfes, der Konjunktiven, der Bronchien, sowie auch einzelner Partien des Darmtraktus zugleich mit der pathologisch veränderten Hautdecke in Mitleidenschaft gezogen sein können. Namentlich bei dem Erythema exsud. mult. wird meist die Mundhöhle von bläschenförmigen Effloreszenzen befallen und an der Innenseite der Lippen, an der Wangenschleimhaut sowie an Zunge und Gaumen können dann diese Erscheinungen auftreten, die sowohl in nosologischer als auch diagnostischer Hinsicht von Bedeutung sind. Die als Pemphigus localis, als Herpes, Urticaria, Erythema bullosum und als Erythema exsudativum multiforme beschriebenen Erkrankungen der Mundschleimhaut gehören zum größten Teil dem letzteren, und zwar der Varietät bullosum, an und können als mehr oder weniger scharf charakterisierte Abarten desselben definiert werden. Wegen der Seltenheit der Erkrankung berichtet Verf. im Vorliegenden über zwei von ihm beobachtete Fälle. In beiden Fällen traten die Erscheinungen im Munde sowie auf der Haut zu Beginn des Frühjahrs auf und waren von nur geringen subjektiven Symptomen begleitet. Die Entwicklung der Effloreszenzen setzte akut ein; im Laufe der ersten Woche kam es zu einigen Nachschüben, sowohl auf der Epidermis als auch im Munde; nach weiteren drei Wochen verschwanden bei einem sonst normalen Verlauf auf indifferente Medikation auch die übrigen Erscheinungen der Krankheit vollkommen. Nach der Angabe der Patienten bestanden die ersten Erscheinungen an der Mundschleimhaut in Blasen, welche auch Verf. noch beobachten konnte, die aber außerordentlich rasch, schon innerhalb weniger Stunden zum Platzen kamen. Die von einigen Autoren als primitive Effloreszenzen angegebenen roten oder lividen Flecke auf der Schleimhaut konnten in diesen beiden Fällen nicht konstatiert werden. Die eigentümlich schlaffen Blasen, die weichen, matschen Geschwüre und die an diesen hängenden graulichen Epithelfetzen geben ein ziemlich charakteristisches Bild und sichern die Diagnose, welche gleichwohl ohne ein gleichzeitiges oder vorher aufgetretenes Hautexanthem aus der Schleimhautaffektion allein nicht unfehlbar gestellt werden könnte. Namentlich können sich aber Schwierigkeiten ergeben, wenn gleichzeitig ein Zusammentreffen von Erscheinungen auf der Mucosa oris und an den Genitalien zur Beobachtung gelangt. Die Koinzidenz des Auftretens solcher Affektionen kann dann zur Verwechselung der Krankheitssymptome mit Lues führen, wenn auch die Erscheinungen im Munde allein kaum Aehnlichkeit mit spezifischen haben.

Regimentsarzt Dr. **Eugen Brodfeld**, Abteilungschefarzt im Garnisonsspital No. 15 in Krakau: **Ueber den Heiratskonsens bei Geschlechtskranken.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 10.)

Wann ein mit chronischem Tripper behafteter Mann heiraten darf, ist oft schwer zu beantworten. Eine absolute Garantie ist dann gegeben, wenn die Krankheit vollkommen geheilt ist, nicht, „wenn der Ausfluß aufgehört hat". Wir müssen folgende Bedingungen fordern: 1. Negativer Gonokokkenbefund nach mehrfach vorgenommener mikroskopischer Untersuchung des Sekrets (Morgentropfens) und eventueller Tripperfäden. Diese müssen auch frei von Eiterkörperchen sein, weil letztere stets ein Beweis sind, daß der Entzündungsprozeß in der Harnröhre noch nicht erloschen ist. Diese Forderung ist um so wichtiger, als es aus zahlreichen Berichten bekannt ist, daß bei derartigen schleichenden Entzündungen selbst bei mehrmaligem negativen Gonokokkenbefund nach einiger Zeit sich wieder Gonokokken zeigen. Die Untersuchung auf Gonokokken muß gesondert im Sekret beider Harnröhrenpartien vorgenommen werden (Irrigationsprobe), ebenso nach einer Irrigation der Harnröhre mit Lapis, Sublimat oder nach Bougieren. Auch das Sekret der Prostata muß gonokokkenfrei sein. 2. Längere Beobachtung des Heiratswerbers, besonders, ob Exzesse in Baccho keine Verstärkung der Sekretion und positiven Gonokokkenbefund bewirken. Derartige Sekretionen bleiben oft trotz langer Behandlung zeitlebens bestehen; nur wenn das Sekret den obenangeführten Bedingungen entspricht, kann eine Infektionsgefahr mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. — Ebenso schwierig erscheint die Frage des Ehekonsenses bei Luetikern zu entscheiden. Ein negativer Ausfall der Wassermannschen Reaktion darf nicht allein maßgebend sein; jedenfalls müssen wir verlangen, daß der syphilitische Mann oder die syphilitische Frau nicht vor Ablauf der ersten vier bis fünf Jahre nach der Infektion heiraten und auch nur dann, wenn sich mindestens in den letzten zwei Jahren keine Syphiliserscheinungen gezeigt haben. Kr.

Chirurgie.

Dr. **K. Kolb** und Privatdozent Dr. **K. Laubenheimer** (Heidelberg): **Zur Beurteilung der prophylaktischen Serumtherapie des Tetanus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Ueber den therapeutischen Wert des Tetanusantitoxins gehen die Ansichten noch weit auseinander. Jedenfalls ist die Wirkung des Antitoxins sehr unsicher, wenn die Krankheitssymptome manifest geworden sind. Günstiger wird die prophylaktische Verwendung des Antitoxins bei Verletzungen beurteilt, die der Infektion mit Tetanus verdächtig sind. Allerdings fehlt dabei meist der Nachweis, daß die Wunde wirklich mit Tetanuskeimen infiziert war. Die Verfasser sind nun in der Lage, einen Fall mitzuteilen, in dem auch dies Postulat erfüllt ist. Es handelt sich um eine schwere Verletzung der rechten Hand durch eine Dreschmaschine bei einem 60jährigen Manne. Die Wundfläche war mit kleinen Erdteilchen und Strohstückchen verunreinigt. Nachdem oberhalb des Handgelenks Novocain in die Stämme des N. radialis, ulnaris und medianus injiziert worden war, wurde nach Eintritt der Anästhesie die Wunde gereinigt und versorgt. Nach Auswaschen mit Wasserstoffsuperoxyd sah die Wunde sauber aus. In sie wurde Perubalsam gegossen und in alle Winkel verteilt. Auf die Wundfläche wurde der Hautlappen aufgelegt und die Wundränder durch Silkworm vereinigt. An drei Stellen der Hautnaht wurde Jodoformgaze unter den Hautlappen geschoben. Steriler Verband. Nach der Operation wurde unter die Haut des rechten Vorderarmes Tetanusantitoxin „Höchst" (20 A.-E.) injiziert. Am nächsten Tage, beim Verbandwechsel, entleerte sich aus der Wunde etwas mit Gasbläschen durchsetzter Eiter. Durch bakteriologische Untersuchungen wurden darin neben einem Gasbilder auch Tetanuskeime nachgewiesen. Allgemeine Symptome einer beginnenden Tetanusinfektion waren nicht vorhanden. Es wurde nochmals Tetanusantitoxin (100 A.-E.) in den rechten Vorderarm subkutan eingespritzt; da die Wunde etwas eiterte, wurde die Hautnaht wieder geöffnet. Auch im weiteren Verlauf stellte sich keine Tetanus ein. Die Wunde heilte langsam per granulationem. In der Literatur fand sich nur noch ein Fall, in dem nach einer Schrotschußverletzung der Orbita Tetanuskeime in der Wunde nachgewiesen wurden, ohne daß es — bei lokaler und serumprophylaktischer Behandlung — zum Ausbruch tetanischer Erscheinungen kam. R. L.

Herbert Körbl: Die Röntgenbehandlung der Hautcarcinome, speziell des Basalzellenkrebses; sein histologisches Verhalten vor und nach der Bestrahlung. (Archiv. f. klin. Chirurgie, Bd. 97, H. 3.)

Innerhalb 6 Jahren wurden über 140 Fälle (meistens Carcinome der Gesichtshaut) mit Röntgenstrahlen behandelt; das Resultat war: 43 pCt. Heilungen gegenüber 57 pCt. Rezidiven. Die lang andauernden Heilungen fanden sich nach alleiniger Röntgenbehandlung nur bei den Basalzellencarcinomen; bei guten Resultaten der anderen Formen schien der vorhergehende kleine chirurgische Eingriff von Bedeutung zu sein. Trotz seiner anscheinend günstigen Resultate bekennt sich K. als Gegner der Röntgentherapie, da sie eine unsichere Methode sei, die durch die oberflächliche Vernarbung das Wachstum in der Tiefe, wohin die Strahlen nicht dringen können, nicht nur nicht verhindere, sondern geradezu begünstige; denn da die Narbe als derbes Gewebe den Krebszellen den Weg versperrt, wird der leichtere Weg — nach unten — gewählt. Die geringe Durchdringungsfähigkeit der Röntgenstrahlen bedingt auch die Häufigkeit der Randrezidive: unter der gesunden Haut, durch

die die Strahlen nicht gelangen, wuchern die Krebszellen ruhig weiter.

Es kommt ferner hinzu, daß nach K.s ausgedehnten histologischen Untersuchungen die Umwandlung eines Basalzellenkrebses in das malignere Plattenepithelcarcinom mit größter Wahrscheinlichkeit auf den durch die Bestrahlung verursachten Reiz zu beziehen ist.

Der operativen Radikalbehandlung ist daher, wenn möglich, stets der Vorzug zu geben. Adler (Berlin-Pankow).

Physiologie.

Prof. **Emil Abderhalden** (Halle a. S.): **Zur Frage der Spezifizität der Schutzfermente.** (Münch. m. Wochenschr., 1913, No. 9.)

Wie Verf. auseinandersetzt, wurde die Prüfung, ob eine serologische Diagnose der Schwangerschaft mittels der optischen Methode und des Dialysierverfahrens möglich ist, unter der Vorstellung aufgenommen, daß streng spezifisch eingestellte Fermente nicht zu erwarten seien. Die Erfahrung hat dann gezeigt, daß sehr vieles dafür spricht, daß eine ziemlich eng — auf die Proteine der Placenta — begrenzte spezifische Wirkung vorhanden ist. Eine gründliche Untersuchung aller möglichen klinischen Fälle könnte möglicherweise die Anwendbarkeit der Methoden einschränken, doch ist ein endgültiges Urteil nur dann möglich, wenn die Untersuchungen unter genauer Befolgung der äußerst subtilen Vorschriften durchgeführt werden. In einem Falle von Salpingitis wurde ein positives Resultat erhalten, trotzdem es zweifelhaft blieb, ob gleichzeitig eine intrauterine Gravidität bestand. Ferner war in einem Falle von Schwangerschaftsnephritis die Reaktion äußerst schwach. Unter etwa 200 Fällen kam nur die eine Fehldiagnose vor. Jedenfalls ist durch die bisherigen Untersuchungen erwiesen, daß man normale Nichtschwangere und normale Schwangere am Verhalten der Blutserums gegenüber Placentagewebe unterscheiden kann. Nun bleibt die weitere Frage zu beantworten: Wie verhalten sich Nichtschwangere, die sich unter pathologischen Verhältnissen befinden? 20 Fälle von Carcinom ließen sich scharf von Schwangerschaft unterscheiden und ebenso Fälle von Adnextumoren aller Art. Die weiteren Untersuchungen hierüber müssen von klinischer Seite angestellt werden, natürlich unter sorgfältigster Innehaltung der sehr subtilen Untersuchungstechnik. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Z. Wachtel**, Assistent der medizin. Klinik der Universität Krakau: **Aponal.** (Przeglad Lekarski, 1912, No. 19.)

In der Krakauer medizinischen Klinik wurde das Schlafmittel Aponal in 48 Fällen verabreicht, bei welchen Brom, auch in größeren Dosen, vollständig wirkungslos blieb; es wurde hauptsächlich bei nervösen Zuständen, nervöser Schlaflosigkeit, Hysterie und Herzneurosen angewendet und in Dosen von 1—2 g gegeben. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei manchen Kranken trat schon nach 20 Minuten ein ruhiger Schlaf ein, der 8 Stunden anhielt. Keiner der Patienten beklagte sich nach dem Erwachen über Unbehaglichkeit; Kopfweh, das öfters nach Veronal vorkommt, wurde nicht beobachtet. Bei Kranken, denen vorher Veronal oder Morphium gegeben wurde, hat Aponal nicht gewirkt. Das Harnquantum vermehrte sich nach der Aponaleinnahme etwas (im Durchschnitt um 200 g während 24 Stunden). Auf Grund der bisherigen klinischen Versuche empfiehlt Verf. Aponal als leichtes und unschädliches Schlafmittel, ähnlich wie Adalin und dergleichen Harnstoffpräparate. Kr.

Theodor Mann (Freiburg): **Klinische Erfahrungen mit Codeonal.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Nach den Erfahrungen des Freiburger Diakonissenhauses wird mit einer Tablette Codeonal (= 0,17 g) in vielen leichteren Fällen schon eine ausreichende Schlafwirkung erzielt. Meistens waren zur Erzeugung eines guten Schlafes zwei Tabletten nötig; über die Dosis von drei Tabletten brauchte nie hinausgegangen zu werden. Die schlafmachende Wirkung trat gewöhnlich ¾ Stunde nach der Einnahme auf und erzeugte einen Schlaf von etwa 7 Stunden. Sehr gut bewährte es sich bei den verschiedenen Erkrankungen der Atmungsorgane, wo es den lästigen Hustenreiz milderte und die Atmung tiefer und regelmäßiger machte. Von Herzkranken wurde es gut vertragen; ein nachteiliger Einfluß auf Puls und Blutdruck war nicht vorhanden. Bei Erkrankungen des Nervensystems war nur in den leichteren Fällen eine sichere Wirkung zu erzielen; bei schweren Aufregungszuständen war ein Erfolg nicht immer zu verzeichnen. R. L.

Dr. **A. Bader: Prothaemin in der Praxis.** Aus d. Ambulatorium der Allgemeinen steiermärkischen Arbeiter-Kranken- und Unterstützungskasse in Graz. (Medizinisch-chirurgisches Zentralblatt, 1912, No. 24.)

Das Prothaemin ist ein zuerst von Geheimrat Salkowski auf Grund umfassender Versuchsreihen gewonnenes Präparat, das die Gesamteiweißkörper des Blutes in trockener Form enthält. Dieser Zusammensetzung verdankt das Prothaemin seine Sonderstellung unter den Nährpräparaten, entsprechend den Ergebnissen der Salkowskischen Fütterungsversuche mit Fleischalbuminaten und Hämoglobineiweiß, die als Fleischersatz eine ausreichende Ernährung im Tierversuch nicht zustandekommen ließen, während die Gesamteiweißkörper des Blutes (Prothaemin) bezüglich Ausnutzung, Bekömmlichkeit und Ansatz im Organismus sehr günstige Resultate erzielen.

Das Prothaemin ist ein außerordentlich hochprozentiges Eiweißmastmittel, da es über 93 pCt. Eiweiß enthält. Der natürliche Gehalt an Lecithin dürfte neben dem gesamten organischen Bluteisen seine besondere nerventonisierende und stimulierende Wirkung bedingen.

Die Beobachtungen am Krankenmaterial des Verfassers bestätigen die Richtigkeit dieser Voraussetzung in erfreulichster Weise, so daß man von einer wirklichen Bereicherung des Arzneischatzes sprechen darf, sei es, daß es sich darum handelt, bei allgemeinen Schwächezuständen und Darniederliegen der Gesamternährung und Verdauung, z. B. bei Anämie, Chlorose, neurasthenischen Zuständen, beginnender Tuberkulose und in der Rekonvaleszenz usw. durch ein hochwertiges, restlos resorbierbares und ausnutzungsfähiges bekömmliches und leicht zu nehmendes Nährmittel das Energiemaß der eingenommenen Nahrung auf die erforderliche Höhe zu bringen, sei es, daß man mit dieser leichtestverdaulichen Eiweißzufuhr insbesondere auf die Blutbildung (org. Eisengehalt) und Nervenreparation (Phosphor- und Lecithingehalt) als Vorbedingungen einer konstitutionellen Kräftigung einzuwirken beabsichtigt.

Das Prothaemin wird von der Firma Goedecke & Co., Berlin N. 4, hergestellt und steht unter dauernder experimenteller Kontrolle seitens des Geheimrats Prof. Dr. E. Salkowski (Berlin). Prothaemin ist ein fast geschmack- und geruchloses feines braunes Pulver, das trocken angerührt oder in Speisen genommen werden kann. Dosis tägl. ca. 15—30 g (1—2 gehäufte Teelöffel). Es ist auch in Drageeform und in besonders wohlschmeckenden Prothaemin-Biskuits erhältlich. H.

Dr. **Fritz Ehrl**, Primarius am Krankenhause der Elisabethinen in Linz: **Zur Therapie der Gonorrhoe.** (Wiener med. Wochenschrift, 1913, No. 4.)

Vergegenwärtigt man sich den normalen Ablauf der gonorrhoischen Infektion in unkomplizierten Fällen, so ist es klar, daß sich die Virulenz der Gonokokken nach ihrem ersten Ansturm auf die befallenen Schleimhäute nach einigen Tagen mildert, je mehr wir den Geweben Zeit lassen, ihre Abwehrbestrebungen zur Geltung kommen zu lassen. Die akuten Entzündungserscheinungen nehmen sichtlich ab und eine reparatorische Tendenz ist unverkennbar. In diesem Stadium durch Injektionen den Prozeß zu coupieren, wird man in den allerseltensten Fällen imstande sein. Viel öfter wird man durch solche Polypragmasie Schaden anstiften. Dagegen ist es einleuchtend, daß man die Heilungstendenz des Organismus zu unterstützen imstande ist, wenn man dem Harn auf dem Wege über die Nieren chemische Substanzen beimengt, die erwiesenermaßen gonokokkenschädigend wirken und zugleich auf die erkrankte Schleimhaut reizmildernd einwirken. Eine solche Substanz gibt es nach Verfassers Erfahrungen. Es ist dies das Arhovin, ein Produkt des Diphenylamins, Thymols und der esterifizierten Benzolsäure. Das Präparat wird zweckmäßigerweise in Kapseln dispensiert. Verf. hat nicht ein einziges Mal die geringste schädigende oder belästigende Nebenwirkung beim Gebrauch des Arhovins gesehen. Nach Gebrauch einiger Kapseln tritt eine auffallende Besserung der dysurischen Beschwerden ein, die auf eine antiphlogistische Wirkung des Arhovins hindeutet. Die Schmerzen beim Urinieren lassen nach, um nach wenigen Tagen, oft nach zwei, ganz aufzuhören. Die dicke rahmige Eitersekretion nimmt auffallend ab, der Harndrang schwindet, der ganze Verlauf des Trippers wird milder, die Erektionen, die oft den Kranken so belästigen, werden beseitigt, und wenn nach Ablauf der akutesten Erscheinungen die lokale Behandlung aufgenommen wird, haben wir im Arhovin, das Verf. neben der Injektionstherapie immer noch einige Wochen weiternehmen läßt, ein geeignetes Mittel, um die aus den Einspritzungen resultierende unvermeidliche Reizung in ihren subjektiv unangenehmen Wirkungen zu paralysieren. Kr.

In den Fällen von Obstipation, in welchen durch Verordnung einer zweckmäßigeren Ernährungsweise oder einer geregelten Bewegung Abhilfe nicht zu schaffen ist, wendete **B. J. Wiljamowski** (St. Petersburg) [Prakt. Wratsch, 1912, No. 23] als vorzüglich wirkendes Abführmittel das **Aperitol** an. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß Aperitol ohne Schaden längere Zeit genommen werden kann und daß es keine Angewöhnung verursacht, sondern im Gegenteil nach dem Aussetzen des Mittels noch eine gewisse Nachwirkung eintreten läßt. R.

Physikalische Therapie.

Dr. **F. Engelmann**, dirigir. Arzt der Städt. Frauenklinik zu Dortmund: **Die Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintodes der Neugeborenen.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 9.)

Verf. gibt eine kurze Schilderung der von ihm seit zweieinhalb Jahren geübten und an einem großen Material erprobten Methode der Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener, der Sauerstoffdruckatmung mit dem von ihm und Dr. Tiegel zusammengestellten Wiederbelebungsapparat. Die Sauerstoffdruckatmung mit diesem Apparat ist der Methode der Lufteinblasung und künstlichen Sauerstoffzufuhr überlegen, denn sie gestattet a) eine gleichmäßige, beliebig lange Zufuhr unter einem genau meßbaren Druck und macht b) die nicht ungefährliche und oft schwierige Katheterisierung der Trachea überflüssig. Die Sauerstoffdruckatmung ist aber auch sicher den Schultzeschen Schwingungen in allen den Fällen überlegen, wo gewisse Kontraindikationen gegen deren Anwendung bestehen (Frühgeburten, Gehirnverletzungen, Knochenbrüche). Da aber z. B. Gehirnkomplikationen in keinem schweren Falle von Asphyxie mit Sicherheit auszuschließen sind und da Verf. endlich unter dem Eindruck auch der absoluten Ueberlegenheit der Sauerstoffdruckatmung hinsichtlich der Gefahrlosigkeit und Wirksamkeit steht, empfiehlt er ihre Anwendung für alle schwereren Fälle von Asphyxie. Sie ist die Methode, die in einfacher, ungefährlicher Weise die beiden wichtigsten Forderungen einer rationellen Wiederbelebungstherapie erfüllt, nämlich erstens die Entfaltung der Lungen und zweitens die gleichmäßige Zufuhr von Sauerstoff.

Der Apparat ist bei Georg Haertel in Breslau zu beziehen. Kr.

Geburtshilfe.

Priv.-Doz. Dr. **Oskar Bondy** (Breslau): **Ueber Schmerzlinderung und Schmerzverhütung in Geburtshilfe und Gynäkologie.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 36.)

1847 machte Simpson die erste Aethernarkose an einer Gebärenden. Die Erfahrungen haben gelehrt, daß eine wirkliche Narkose, sei es mit Aether und Chloroform, sei es mit einem der zahlreichen anderen Betäubungsmittel, wie Bromoder Chloräthyl, Lachgas und anderen, für die normale Geburt zu viel Nachteile mit sich brachte. Vor allem war es die Notwendigkeit, die Narkose, wenn sie nicht nur für die letzte Phase der Geburt aufgespart wurde, allzulange auszudehnen. Durch Herabsetzung der Wehen, Ausschaltung der Bauchpresse wurde die Geburt verzögert, Mutter und Kind geschädigt. So ist heute die Narkose, mag es Inhalations- oder Lumbalanästhesie sein, wenigstens in Deutschland auf die geburtshilflichen Operationen beschränkt, während für die Schmerzlinderung bei normalen Geburten die vorherrschenden Methoden der Dämmerschlaf, die Halbnarkose und die Suggestionsnarkose darstellen. Der Dämmerschlaf, ein halbschlafartiger Zustand, erzielt durch Injektion von Morphium oder einem Ersatzpräparat und Skopolamin, ist in seiner heutigen Form durch Schneiderlin-Korff und Steinbüchel in die Geburtshilfe eingeführt, von Krönig und Gauss besonders ausgearbeitet worden. Es handelt sich hierbei um eine viele Stunden dauernde Herabsetzung des Bewußtseins, wobei eine völlige Schmerzlosigkeit zwar nicht erzielt wird, aber die Apperzeption des Schmerzes aufgehoben wird, und durch eine völlige Amnesie dem Wehenschmerze sein Schrecken genommen wird. Erzielt wird dieser Erfolg nach Gauss durch eine dauernde Prüfung der Merkfähigkeit, die eine genaue Dosierung des Mittels ermöglicht. Gegenüber den Autoren, die den Dämmerschlaf empfehlen und seine völlige Gefahrlosigkeit für Mutter und Kind betonen, werden von anderer Seite der Methode verschiedene Nachteile zur Last gelegt. Die Geburtsdauer soll verlängert werden, gelegentlich bedrohliche Zustände der Mütter, vor allem aber Schädigungen des Kindes eintreten, endlich versagt die Methode in einer ganzen Anzahl von Fällen. Die Diskussion über diese Frage ist noch nicht völlig abgeschlossen. Nach Versuchen, die Verf. mit einer ein- bis zweimaligen Injektion von 0,02 Pantopon und 0,0003 Skopolamin an einer größeren Reihe von Gebärenden gemacht hat, möchte er sich in Uebereinstimmung mit Jäger, Aulhorn und Kolde für die Methode aussprechen.

Für die letzte und schmerzhafteste Phase der Geburt ist zweifellos auch die Chloroformhalbnarkose, für die neuerdings besonders Eisenberg eintritt und die sich zum großen Teil mit der Suggestionsnarkose von Hallauer und anderen deckt, sehr empfehlenswert. Sie besteht darin, daß nur während der Wehe der Kreißenden eine Maske vorgehalten wird, auf die wenige Tropfen Chloroform gegeben werden; in der Wehenpause wird die Maske entfernt. Auf diese Weise wird, teils durch das Narkoticum, teils auch durch Suggestion, in kurzer Zeit ein Halbschlaf erzeugt, der die Schmerzen nur in geringer Intensität empfinden läßt oder ganz aufhebt. Den gleichen Erfolg kann man durch eine ganz oberflächliche Aethernarkose erzielen. Die Lokalanästhesie durch Kokaineinspritzungen hat sich zur Schmerzlinderung bei Geburten nur wenig Freunde erwerben können; die Sakralanästhesie wird neuerdings auch für normale Geburten empfohlen. In der operativen Gynäkologie finden wir alle Methoden, die die Chirurgie kennt. In der Inhalationsnarkose herrschen Aether und Chloroform vor. Verf. verwendet die Aethertropfnarkose, neuerdings mit Hilfe des Roth-Drägerschen Apparates, für kürzere Eingriffe den Aetherrausch. Wenn Allgemeinnarkose kontraindiziert ist, bedient Verf. sich mit bestem Erfolge der Lumbalanästhesie. Daß die Lumbalanästhesie von den Gynäkologen so besonders bevorzugt wird, liegt vor allem an den anatomischen Verhältnissen, die das Ausführen überhaupt jedes gynäkologischen Eingriffes in Lumbalanästhesie ermöglichen, und in der vorzüglichen Erschlaffung der Bauchdecken, die für das Operieren in der Tiefe des kleinen Beckens besonders vorteilhaft ist. Daneben erringt sich die Lokalanästhesie besonders als Leitungsanästhesie auch in der Gynäkologie immer mehr Bürgerrecht.

Neben diesen Methoden der Anästhesierung bei einem operativen Eingriff wären noch kurz die Methoden zu erwähnen, die den Schmerz als Symptom eines Frauenleidens oder als das eigentliche Leiden bekämpfen. Es handelt sich hier vor allem um den Kreuzschmerz. Ueber die Aetiologie dieses Schmerzes sind wir uns oft ebenso unklar, wie wir mit der Therapie gegen ihn machtlos sind. Hier ist neuerdings neben jenen Methoden, die den Schmerz als Symptom beseitigen, indem sie die Ursache, die Krankheit selbst, heilen, ein Verfahren zu nennen, das, von Cathelin ersonnen, in Deutschland besonders von Stoeckel eingeführt wurde, und das auch von B. wiederholt mit gutem Erfolge angewandt wurde, die Sakralanästhesie. Es wird durch Einspritzen eines anästhesierenden Mediums, wie Novocain oder Eucain, in den Sakralkanal auf extra- oder epiduralem Wege nicht nur eine vorübergehende Anästhesie bei kleinen operativen Eingriffen oder bei Geburten, sondern auch eine Heilung des Kreuzschmerzes als des Hauptleidens, erzielt. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

N. Beresnegowsky: Ueber die intravenöse Aethernarkose. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Versuche am Tier und am Menschen mit 3- bis 7 proz. Aetherlösungen ergaben, bei besonderer Berücksichtigung der Organveränderungen, beachtenswerte Mängel.

Die häufig beobachtete Lungenembolie wird durch die Thrombenbildung an der durch den Aether lädierten Gefäßwand hervorgerufen.

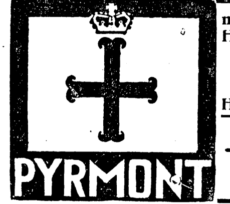
Die zur Narkose notwendige oft übergroße Menge an Lösung bedingt in der Lunge starke Gefäßerweiterung, Gewebsschwellung, Ruptur der Kapillaren und dadurch bedingte Hepatisation.

Da ferner wegen der schnellen Ausscheidung des Aethers durch die Lungen auch eine genauere Dosierung nicht möglich ist, so ist die intravenöse Aethernarkose nur bei ganz speziellen Operationen im Kopf- oder Halsgebiet indiziert.

Adler (Berlin-Pankow).

Prof. Dr. **Dreesmann** (Cöln): **Die unblutige Behandlung des Klumpfußes.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 8.)

Verf. hat zur möglichst frühen Behandlung des Klumpfußes eine Bandage konstruiert, die einmal keine großen Kosten verursacht, deren Anlegung ohne Schwierigkeiten geschehen kann und die schließlich auch die Kontrolle über die Stellung des Fußes gut ermöglicht. Die Bandage besteht aus einer festen, aus Metall hergestellten Fußsohle, die vor allem über das Grundgelenk der großen Zehe reichen muß. Durch möglichst breite gepolsterte Lederriemen wird diese Fußplatte am Fuß mittels Verschnürung auf dem Fußrücken befestigt. Es ist darauf zu achten, daß dieser Lederriemen auf jeden Fall noch das Grundgelenk der großen Zehe mitfaßt. Um ein Abrutschen der Fußplatte vom Fuße nach vorn zu verhüten, ist hinten eine Kappe aus weichem Leder angebracht, die mittels eines kleinen gepolsterten Lederriemens über den Knöchel befestigt wird. Von der Fußsohle aus gehen nun zwei Gummigurte nach einer ledernen Oberschenkelhülse. Der eine Gummigurt setzt sich vorn an die Fußplatte an, im Bereich des Grundgelenks der kleinen Zehe, der zweite im Bereiche der Ferse. — Diese Gummigurte werden mittels Schnallen an der Außenseite der Oberschenkelhülse befestigt. Damit die Oberschenkelhülse nicht herabgleitet, infolge des Zuges, ist sie mittels eines oder zweier Lederriemen an einem Beckengurt befestigt. Der Beckengurt selbst wird wieder am Herabgleiten verhindert durch über beide Schultern geführte Träger, welche sich im Rücken sowie auf der Brust kreuzen. Handelt es sich um Säuglinge, so genügt für den Beckengurt ein einfaches, mit Schnallen zu verschließendes weiches Gurtband. Bei älteren Kindern wird man ein seitliches Verschieben dieses Gurtbandes verhüten können, wenn man es durch eine Stahleinlage verstärkt und dann naturgemäß unterpolstert. Bei Anlegen der Bandage ist das Knie in leichter Beugestellung zu halten. Die Gummigurte, welche von der Fußsohle bis zur Oberschenkelhülse ziehen, werden dann so fest angezogen, daß bei Beugestellung



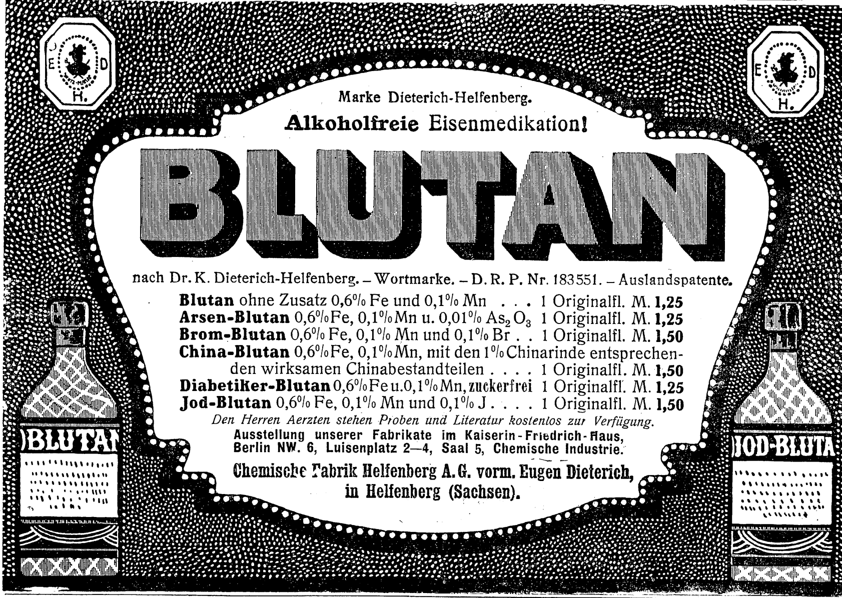
nahe Hannover

AELTESTES STAHL-SOL-MOORBAD

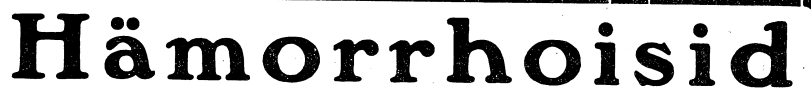
Natürliche kohlensaure Stahlquellen; Radioaktive Solquellen; weitausgedehnte eigene Eisen-Moorlager.

Heilerfolge bei: Stoffwechsel-, Nieren- und Nervenkrankheiten, bei Erkrankungen des Blutes, des Herzens, der Leber, der Atmungs-, Verdauungs- und Sexualorgane. — Bade- und Trinkkuren. Inhalatorium. Milch-, Liege- und Terrain-Kuren.

Entzückende Umgebung. — Berühmter alter Park.
Fürstl. Kurhotel. Alles Nähere: Fürstl. Wald. Kurverwaltung.







Hämorrhoisid

Extrakt. Pantjasonae

Internes Mittel gegen **Hämorrhoiden**

von tadelloser, selbst in veralteten Fällen absolut sicherer Wirkung. Jede schädliche Nebenwirkung ist ausgeschlossen

Dosis: 3mal 2 Tabletten oder 3mal 1 Teelöffel Fluid-Extrakt täglich.
Preis: Schachtel à 30 Tabletten M. 3,—, Kassenpackung 1,—, Fluid-Extrakt pro Flasche M. 3,50.
Literatur: *Dr. Zeuner*, Deutsche Medizinal-Zeitung 1909 Nr. 8. *Dr. Brings*, Die Heilkunde 1906 Nr. 3 usw.

Bitte verlangen Sie Proben und Literatur.

Chemische Fabrik Erfurt G. m. b. H., Erfurt 6.

Bei allen Magen- und Verdauungsstörungen, Anämie und Chlorose, Phthise, in der Rekonvaleszenz von fieberhaften Krankheiten hat sich

NURAL, sehr wirksames diätetisches Digestivum, vorverdautes Nähr- und Kräftigungsmittel

sowie bei kachektischen u. puerperalen **Schwächezuständen**, Hyperemesis gravidarum **seit 18 Jahren bestens bewährt.**

Mehr als 900 prakt. Aerzte haben uns ihre **günstigen** Erfahrungen mit Nural schriftlich bestätigt. Diejenigen **Herren Aerzte** die Nural **noch nicht** erprobt haben, **werden dringend gebeten,** Versuche damit anzustellen. — **Probequantum nebst Literatur auf Wunsch kostenlos.**

KLEWE & Co., Nural-Laboratorium, **Dresden,** P. 136

Diese Anzeige wurde v. d. Arzneimittelkommission d. Deutsch. Kongresses f. inn. Medizin, als ihren Grundsätzen entsprech., genehmigt.
Best.: 1 Essl. Nural enth. ca. 6,25 Maltose, 7,2 Dextrose, 4,56 Dextrin, 0,056 chem. reine Salzsäure, 0,031 dialys. Pepsin, 0,031 Bromelin (Ananasfrucht-Ferm.).

LECI. Yoghurt

Lecithin u. Yoghurtbakterien in Tabletten

Packung Mk. 4.—

Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenlos.

Hygiene-Laboratorium G. m. b. H. Berlin-Wilmersdorf M.

Willy Fuhrmann Oberammergau

im bayer. Hochgebirge.

Spezialhaus echt oberbayerischer **imprägniert-wasserdichter Gebirgs-**

Loden-Wetterkragen und Bozener Mäntel

für Damen, Herren und Kinder in allen Farben. Preislagen für Kragen: M. 12, 14, 18, 22, 24, 30. Preislagen für Mäntel: M. 14, 18, 30, 35, 40.

Für Kinder je nach Größe.

Spezialität: **Federleichte poröse Kamelhaarloden.**

Lodenstoffe für Anzüge und Damen-Kostüme werden auch meterweise abgegeben. Illustrierter Katalog S und Musterkollektion kostenlos.

Jedes Stück wird n. Maß angefertigt.

Erholungs-bedürftige

bleichsüchtige Damen finden liebevolle, sachgemäße Pflege und ärztliche Behandlung in meiner „Villa Marienbrunnen“ zu **Bad Elster. Feste** Preise, **keine** Nachrechnung.
Dr. Borsutzky, Badearzt.

Sanatorium Dr. Preiss (San.-Rat)

seit 26 Jahren für nervöse Leiden in

Bad Elgersburg im Thür. Walde.

Dr. J. Schäfer's physiolog. Nährsalze

für **Zuckerkranke** ohne Diätzwang und **Nierenleidende. Aerztlich empfohlen.** Preis Mark 3.— und 4.50

Zu haben in Apotheken.

DR. J. SCHÄFER — BARMEN. —

Belehrende Broschüre gratis.

des Kniegelenks die Fußstellung völlig korrigiert ist. Da das Kind das Bestreben hat, öfter das Knie zu strecken, so wird es hierdurch von selbst eine Ueberkorrektur, die in erster Zeit wünschenswert ist, hervorrufen. Das erste von Verf. ausschließlich mit dieser Bandage behandelte Kind wurde am 1. August 1911 geboren; 6 Wochen später trat es in Verfassers Behandlung. Es lag links ein starker Klumpfuß vor, rechts ein weniger starker. Bereits nach sechs Wochen blieb die Korrektur auch ohne Bandage bestehen. Zur Vorsicht aber hat Verf. das Kind die Bandage etwa 6 Monate tragen lassen. Von da ab, etwa ein Jahr lang, wurde die Bandage nur noch nachts getragen. Kr.

Prof. Dr. **Oskar Vulpius** (Heidelberg): **Zur Behandlung der inneren Verletzung des Kniegelenks.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 9.)

Während man früher bei Verletzungen des Kniegelenks sich vielfach mit der unbestimmten Diagnose „Dérangement interne" begnügte, ist man jetzt in der Lage, die Art der Verletzungen genauer anzugeben. Man kennt heute Abreißungen der Ligamenta cruciata, evtl. mit Ausreißung von Knochenstücken im Bereiche ihrer Insertion kombiniert; ferner kennt man die verschiedenartigen Verletzungen der Bandscheiben (Menisken). Nach Verfassers Erfahrungen ist der partielle Meniscusabriß auf der Höhe der Konvexität häufiger, als der Abriß an der vorderen und hinteren Anheftung der Knorpelscheibe. Was die Behandlung der Meniscusverletzungen anlangt, so muß zunächst unmittelbar nach dem Trauma der Meniscus, falls er als verschoben erkannt wird, durch geeignete Manipulationen reponiert werden. Wenn das Gelenk 5 bis 6 Wochen lang ruhiggestellt wird kann der Meniscus wieder anheilen. Nicht selten aber bleiben dauernde Beschwerden zurück; es stellen sich gelegentlich leichte Einklemmungserscheinungen und Kniegelenksergüsse ein. Dann ist eine Operation notwendig. Das Gelenk wird eröffnet und der verletzte Meniscus je nach dem Befund an der normalen Anheftungsstelle befestigt oder exstirpiert. Da aber auch die Operation die Beschwerden nicht immer vollständig beseitigt, wendet Verf. in Fällen, welche nicht mit erheblicher Dislokation des Meniscus einhergehen, zunächst ein einfacheres Verfahren an, ehe er zur Eröffnung des Kniegelenks schreitet. In solchen Fällen nimmt Verf. an, daß der Meniscus zunächst nur auf der Höhe der Konvexität gelockert ist. Das Verfahren bezweckt, an der Lockerungsstelle einen entzündlichen Reiz zu erzeugen, welcher durch Verklebung und Narbenzug den Meniscus in seinem ursprünglichen Bett wieder fixiert. Eine feine Injektionsnadel wird in schräger Richtung eingestochen und vorsichtig zwischen Meniscus und Tibia an die Stelle geführt, wo die Druckempfindlichkeit am größten ist. Hier werden einige Tropfen absoluten Alkohols injiziert. Unmittelbar nach dieser Injektion wird das Gelenk stark mit Sauerstoff aufgebläht. Hierzu wird die Nadel von der Außenseite der Bursa subcruralis unter die Patella eingestochen. Ein leichter Stärkebindenverband, mit Zinkstreifen verstärkt, fixiert das Gelenk für 6 bis 8 Tage. Meist wurden nach Ablauf dieser Zeit die Einspritzungen wiederholt. Das Gelenk bleibt im ganzen 3 Wochen ruhiggestellt. Während dieser Zeit wird der Quadriceps regelmäßig geübt und elektrisch gereizt, um seine Atrophie zu verhüten. Dann setzt Massage und Gymnastik ein. Eine elastische Kniekappe wird für mehrere Monate getragen. Mit diesem Verfahren hat Verf. in richtig ausgewählten Fällen gute Erfolge erzielt. R. L.

III. Bücherschau.

Wie schützen wir uns vor Irrsinn und Irren? Von Med.-Rat Dr. **W. Fuchs**, Großh. Badische Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Vortrag auf Einladung der Ortskrankenkasse Konstanz. Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin), München. Preis 0,60 M.

Ref. glaubt nicht fehlzugehen mit der Annahme, daß die Wahl des Themas für den Vortrag vom Verf. selbst getroffen wurde; der Inhalt der vorliegenden Broschüre deckt sich nun allerdings mit dieser Ueberschrift. Etwas durcheinandergemengt bietet Verf. eine für das Laienpublikum bestimmte Prophylaxe der geistigen Erkrankungen und deren antisozialen Erscheinungen. Für den Arzt kann er naturgemäß nichts Neues bringen.

Den Schluß bilden gutgemeinte — aber hier wie überall leider ohne Resonanz verklingende — Mahnrufe an die Selbstzucht des Einzelnen für die Allgemeinheit, voll von sozial-ethischem Pathos. Wir hätten gerne auf diese schönklingenden tiefen „Worte" verzichtet, wenn wir den immer wieder und nicht dringend genug zu betonenden Wunsch aller Psychiater mehr berücksichtigt gefunden hätte, aufklärend gegen „das Mißtrauen" weitester Kreise zu wirken, das diese den „Irrenanstalten" und der ernsten, verantwortungsreichen und selbstlos-aufopfernden Arbeit der „Irrenärzte" entgegenbringen. Und an Stelle der geistreichelnden Paradoxen, wie: „denn der Arzt, dessen erhabene Aufgabe es ist, sich selbst überflüssig zu machen, drang mit der Gradlinigkeit der Logik zu Verhütungsbestrebungen, zur Prophylaxe vor" wünschte Ref. ein unverschnörkeltes, gerades Wort gegen die Irrenreformbewegung: diesem bösartigen Gewächs muß bei der günstigen Gelegenheit, die ein öffentlicher Vortrag vor Ortskrankenkassenmitgliedern bietet, möglichst jeder Boden entzogen werden.

Aus diesen Ueberlegungen heraus hält Ref. die Bearbeitung des Gegenstandes wegen unrichtiger Fragestellung und falscher Orientierung zum Gegenstand für nicht ganz gelungen.

Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Von Privatdozent Dr. **Alfred Hauptmann** (Freiburg i. Br.). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. 10, H. 1. Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 23 S. 1 M.

In der gerade 20 Seiten starken Broschüre ist in schlechthin mustergültiger Knappheit, Klarheit und Präzision alles zusammengefaßt, was der praktische Arzt von den Ergebnissen der Lumbalpunktion und der Untersuchung des dadurch gewonnenen Liquor cerebrospinalis wissen sollte. Eine Inhaltsangabe ist schon deshalb nicht angezeigt, weil Leser eines Referates sonst versucht sein möchten, die kleine Arbeit der Lektüre selbst sich zu schenken, während Referent wünschte, daß recht viele Kollegen sich die Broschüre anschafften.

Die allerneuesten Fauserschen Anregungen zu einer Serodiagnose der „Dementia praecox" und ihrer differentialdiagnostischen Bedeutung zum manisch-depressiven Irresein konnten nicht mehr gewürdigt werden, da sie erst am 15. III. 13 in der Münch. med. Wochenschrift, No. 12, S. 584, veröffentlicht wurden. (Ein Referat dieser Arbeit erscheint später. Red.)

Wenn das Büchlein noch die Technik der von Quincke seinerzeit eingeführten Lumbalpunktion eingehender berücksichtigt hätte, so fände hier der praktische Landarzt alles beisammen, um zur Diagnose von Krankheiten zu gelangen, die ihm bisher eine Terra incognita waren, und dankbar aufgenommenes Material zu liefern zur weiteren Erforschung der zentralnervösen Erkrankungen. W. B.

Ueber Emanation und Emanationstherapie. Von Prof. Dr. **E. Sommer** (Zürich). Zweite, umgearbeitete Auflage. Mit 19 Abbildungen. München 1913, Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 161 S. 4 M.

Die Radiumtherapie hat in der Gegenwart für die Behandlung einer ganzen Reihe von Krankheiten eine derartige Bedeutung erlangt, daß jeder Arzt, um bei seinen Kranken ein so wichtiges Agens bei Gelegenheit anwenden zu können, wenn nicht praktisch, so doch theoretisch über dies Gebiet ausreichend unterrichtet sein muß. Nur die jüngste Aerztegeneration dürfte schon vom Studium her mit diesen Dingen genügend vertraut sein; die übrigen Kollegen sind darauf angewiesen, entweder in Fortbildungskursen oder durch literarische Studien sich die Grundlagen der Radiumtherapie anzueignen. Vorliegende Schrift, welche speziell die Emanationstherapie eingehend schildert, kann ganz besonders für den genannten Zweck empfohlen werden. Der durch frühere Arbeiten auf diesem Gebiete bestens bekannte Verfasser gibt zunächst eine Einführung in die Physik der neuen Strahlungen und die physikalisch-chemischen Eigenschaften der radioaktiven Substanzen. Darauf geht er speziell auf die Radiumemanation, ihre Eigenschaften und ihre Verbreitung in der Erde (Heilquellen, Luft, Mineralien etc.) ein. Es folgt die Besprechung der physiologischen und therapeutischen Wirkungen der Radiumemanation, die Schilderung ihrer verschiedenen Anwendungsweisen zu therapeutischen Zwecken (Trinkkur, Badekur, Inhalationskur, Injektionskur usw.), endlich die Erörterung der Indikationen und Kontraindikationen. Zum Schluß erläutert Verf. die in der Emanationstherapie zur Anwendung gelangenden Meßmethoden und beschreibt die zu diesen Messungen dienenden Apparate und die Technik ihrer Anwendung. Außerdem stellt er die von den hauptsächlich in Betracht kommenden Firmen zur Ausübung der Emanationstherapie gelieferten Präparate und Apparate übersichtlich zusammen. Auch die neuesten Forschungsergebnisse haben Berücksichtigung gefunden. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Auf die Eingaben, die von der badischen Aerztekammer und dem Vorstand des Leipziger Verbandes an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wegen der von dieser geplanten fast völligen **Ausschaltung der frei praktizierenden Aerzte von der Gutachtertätigkeit** gerichtet waren, hat das Direktorium der Anstalt ablehnenden Bescheid erteilt.

— Die Kommission zur Neubearbeitung des **Deutschen Strafgesetzbuches**, die vor einigen Monaten die zweite Lesung begonnen hat, hat kürzlich im Zusammenhange mit der Not-

hilfe die strafgesetzliche Behandlung **eigenmächtiger ärztlicher Eingriffe** erneut beraten. In Frage kam, ob der gegenwärtige Rechtszustand, wonach der ärztliche Eingriff, soweit er ohne Einwilligung des Patienten geschieht, als Körperverletzung strafbar ist, aufrechterhalten werden solle oder ob der zu Heilzwecken erfolgende Eingriff in die körperliche Integrität aus dem Gebiete der Körperverletzung auszuscheiden und dafür eine Sondervorschrift aufzunehmen sei, die den ohne Einwilligung erfolgenden ärztlichen Eingriff als solchen mit Strafe bedroht. Nach eingehender Beratung und Anhörung von ärztlichen Sachverständigen hat die Kommission sich wie in erster Lesung dahin entschieden, eine Sondervorschrift, gegen die auch aus ärztlichen Kreisen Bedenken erhoben worden sind, nicht zu schaffen.

— In einem Beschluß vom 4. April d. J. hat sich der Zivilsenat 1a des preußischen Kammergerichts in der Frage der **Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine** auf denselben Standpunkt gestellt wie der Minister des Innern in seinem bekannten Erlasse vom November v. J. — Im Februar d. J. war auf Anregung des Regierungspräsidenten von Aachen vom dortigen Landgericht die Löschung des bereits eingetragenen „Vereins der Aerzte des Kreises Jülich" verfügt worden; die sofort dagegen erhobene Beschwerde ist nunmehr vom Kammergericht zurückgewiesen worden, da der Hauptzweck des Vereins auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet und somit die amtsgerichtliche Eintragung seinerzeit zu Unrecht erfolgt sei. — Der gegenwärtige Stand der Angelegenheit ist folgender: Hervorragende Juristen, wie Reichsgerichtsrat Ebermayer und Geheimrat Hellwig, sehen in der Tätigkeit der kassenärztlichen Vereine keinen vorwiegend wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb und gestehen ihnen daher ohne weiteres die amtsgerichtliche Eintragungsfähigkeit zu; 27 preußische Landgerichte haben sich auf den gleichen Standpunkt gestellt, 15 jedoch auf den entgegengesetzten, den nunmehr auch das Kammergericht in seinem Beschlusse einnimmt. Letzterer hat so lange als höchstgerichtliche Entscheidung zu gelten, bis eine Reichsgerichtsentscheidung in der gleichen Frage erfolgt, was zur Vorbedingung eine von der des Kammergerichts abweichende Entscheidung des Obergerichts eines anderen Bundesstaates hat.

Dresden. Die Frage der **Rechtsfähigkeit kassenärztlicher Vereine** ist jetzt auch im Königreich Sachsen aktuell geworden. Nachdem dort bisher die Eintragung der genannten Vereine mit nur ganz vereinzelten Ausnahmen auf Grund des § 21 BGB. seitens der Amtsgerichte unbeanstandet erfolgt ist, hat neuerdings der sächsische Minister des Innern nach dem Vorgang seines preußischen Kollegen Bedenken gegen die amtsgerichtliche Eintragung ausgesprochen und die Kreishauptmannschaften angewiesen, diese Bedenken bei den Gerichtsbehörden geltend zu machen. Wie sich die Amtsgerichte diesem ihnen von den Verwaltungsbehörden gegebenen Wink gegenüber verhalten werden, ist vorläufig noch nicht zu erkennen, doch wird zweifelsohne in jedem Falle, in welchem dem Ministerialerlasse von einem Amtsgericht Folge gegeben wird, bei der höheren Instanz Beschwerde erhoben werden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Rumpel, welcher bisher die urologische Abteilung der chirurgischen Poliklinik in der Ziegelstraße leitete, ist an Stelle des in den Ruhestand tretenden Prof. Köhler zum Leiter der Nebenabteilung der chirurgischen Klinik in der Charité ernannt worden. Zum Nachfolger Rumpels wurde Privatdozent Dr. E. Joseph bestimmt.

— Der bekannte Physiologe Prof. Dr. N. Zuntz ist von der Wiener Hochschule für Bodenkultur anläßlich ihres Jubiläums zum Ehrendoktor ernannt worden.

— Prof. Westenhoeffer ist als Nachfolger von Prof. Kaiserling zum Kustos am Pathologischen Institut ernannt worden. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Fleischmann hat den Professortitel erhalten. Dr. Adam ist zum Lektor für Massage und Gymnastik an der I. Medizinischen Klinik ernannt worden.

— Mit der Stellvertretung des nach Amerika beurlaubten Prof. Ficker, Abteilungsvorstehers am Hygienischen Universitätsinstitut, ist auf ein Jahr Prof. Dr. Römer, Extraordinarius der Hygiene in Marburg, beauftragt worden. (Damit berichtigt sich wohl die in No. 9, S. 111, enthaltene tagesgeschichtliche Notiz. Red.)

Magdeburg. Der bekannte Gynäkologe Prof. Dr. Willy Thorn, Oberarzt der gynäkologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Sudenburg, ist im Alter von 55 Jahren infolge beruflicher Infektion einer Pyämie erlegen.

Altona. Geh. Medizinalrat Dr. Wallichs, der lange Jahre in der ersten Reihe der ärztlichen Standesvorkämpfer gestanden hat, feierte kürzlich sein 60 jähriges Doktorjubiläum, aus welchem Anlaß ihm vom Verein schleswig-holsteinischer Aerzte und vom hiesigen ärztlichen Verein eine Ehrenmedaille überreicht wurde.

Göttingen. Zum Leiter des von dem im Vorjahre verstorbenen Prof. Cramer ins Leben gerufenen Provinzial-Sanatoriums für Nervenkranke „Rasemühle" bei Göttingen ist der bisherige Oberarzt Dr. Quaet-Faslem ernannt worden.

Jena. Der Physiker Prof. Dr. R. Straubel, wissenschaftlicher Mitarbeiter der optischen Firma Zeiss-Werke, ist wegen seiner Verdienste um die medizinische Optik von der hiesigen medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden.

— Dr. M. v. Rohr, wissenschaftlicher Mitarbeiter der hiesigen Zeiss-Werke, der speziell den Ausbau der praktischen medizinischen Optik zu seiner Aufgabe gemacht hat, ist zum außerordentlichen Professor an der Universität mit dem Lehrauftrag für medizinische Optik ernannt worden.

Würzburg. Der Ordinarius für Zoologie und vergleichende Anatomie Prof. Dr. Theodor Boveri in Würzburg hat den Antrag der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft in Berlin, die Direktion des von ihr geplanten Forschungsinstituts für experimentelle Biologie zu übernehmen, abgelehnt.

Tübingen. Der Privatdozent der pathologischen Anatomie Dr. John Miller ist zwecks Organisierung des pathologisch-anatomischen Unterrichts an der Universität Bahia nach Brasilien beurlaubt worden.

Wien. Dr. med. Gustav Ritter v. Gerl, Konsulent im Ackerbauministerium, erhielt den Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der Begründer des „Berl. Tagebl." und anderer Verlagsunternehmen, Rudolf Mosse, der kürzlich seinen 70. Geburtstag feierte und aus diesem Anlaß eine Anzahl großartiger humanitärer Stiftungen machte, hat bei dieser Gelegenheit der **Berliner medizinischen Gesellschaft** als Beitrag für das geplante Rudolf-Virchow-Haus die Summe von 100 000 M. zur Verfügung gestellt.

Breslau. Die 7. Jahresversammlung der **Gesellschaft Deutscher Nervenärzte** wird vom 29. September bis 1. Oktober (mit Empfangsabend am 28. September) in Breslau abgehalten werden. Die Referatthemata sind: 1. Ueber die Abbauvorgänge im Nervensystem. Referent: Alzheimer (Breslau). 2. Röntgenologie in ihrer Beziehung zur Neurologie. Referent: A. Schüller (Wien). Anmeldungen von Vorträgen bis spätestens den 5. Juli an den 1. Schriftführer, Dr. K. Mendel, Berlin W., Augsburgerstr. 43.

London. Die Teilnehmer am 17. **internationalen medizinischen Kongreß** (6. bis 12. August 1913) werden gebeten, ihre Einschreibegebühr im Betrage von 20 Schilling (= 20 M.) unter Angabe der Sektion und Beifügung ihrer Visitenkarte mit Titel, genauer Adresse usw. an die Adresse „The Treasurers of the XVIIth international Congress of Medicine 13 Hinde Street, London W." zu senden, desgleichen für die eventuellen weiblichen Mitglieder ihrer Familie je 10 Schilling (= 10 M.).

— Das von Henry S. Wellcome organisierte **Historisch-medizinische Museum** wird Ende Juni d. J. eröffnet werden; es dürfte mit seinem reichen, interessanten Inhalt einen Hauptanziehungspunkt gelegentlich des Anfang August hier stattfindenden internationalen medizinischen Kongresses bilden.

Madrid. Vom 15. bis 22. Oktober d. J. findet in Madrid mit Unterstützung der Regierung und unter Patronat des Königs der 9. **internationale Kongreß für Hydrologie, Klimatologie und Geologie** statt. Mit dem Kongreß ist eine Weltausstellung einschlägiger Erzeugnisse verbunden. Zu näherer Auskunft ist der Vertreter für Deutschland, Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, Berlin, Potsdamerstraße 121 g, bereit.

Gerichtliches.

Berlin. Der bekannte Krankenbehandler Chemiker Dr. phil. Oppermann war vom Landgericht wegen **unbefugter Führung einer ärztlichen Bezeichnung** verurteilt worden, weil er sich auf einer Krankheitsbescheinigung, die er einem seiner Patienten ausstellte, einfach als Dr. O. unterzeichnet hatte. In dem ganzen Zusammenhange habe damit der Glaube erweckt werden müssen, O. sei eine geprüfte Medizinalperson. Das Kammergericht hat kürzlich dieses Urteil bestätigt.

München. Wieder einmal beschäftigten kürzlich die sogenannten **Wunderheilungen von Lourdes** einen hiesigen Gerichtshof. Kläger war der als Bekämpfer des fraglichen Irrglaubens bekannte hiesige Arzt Dr. Aigner, der den Stadtpfarrer Fink und den Redakteur Frick, beide in Isny in Württemberg, wegen **Beleidigung** verklagt hatte, weil sie ihm in einer Versammlung vorgeworfen hatten, daß er einen in Lourdes angeblich geheilten Schlosser Müller abgewiesen hätte. Müller mußte in der Verhandlung zugeben, daß er Dr. Aigner nicht aufgesucht hatte und daher gar nicht abgewiesen werden konnte. Die Sachverständigen sagten übereinstimmend aus, daß von einer Wunderheilung Müllers, der auch Psychopath wäre, gar nicht die Rede sein könnte. Das Schöffengericht erkannte gegen Frick auf 300 M., gegen Fink auf 200 M. Geldstrafe.

Verschiedenes.

Berlin. Die **Fortschritte in der ärztlichen und sozialen Versorgung des gesunden und kranken Säuglings** umfaßt ein vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen in Verbindung mit dem Seminar für soziale Medizin veranstalteter Zyklus von Kursen und Vorträgen, der im Kaiserin Auguste-Viktoria-Hause in Berlin vom 2.—11. Juni d. J. stattfindet. Bei dem Zyklus wirken als Dozenten mit: Prof. Dr. Langstein, Direktor des Kaiserin Auguste-Viktoria-Hauses, in Verbindung mit dem Oberarzt Dr. Bahrdt (Säuglingsklinik), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Franz und Prof. Dr. Langstein (Das Stillen, einschl. Ammenwesen), Priv.-Doz. Dr. Arndt (Hautleiden), Dr. A. Peyser (Hals-, Nasen-, Ohrenleiden), Prof. Dr. Krückmann (Augenleiden), Prof. Dr. Finkelstein (Die Beziehungen der Konstitutionsanomalien im Säuglingsalter zu den Erkrankungen einzelner Organe), Stabsarzt Dr. Hornemann (Milchhygiene), Dr. Edelstein (Milchchemie), Prof. Dr. Langstein, Dr. Bahrdt und Dr. Thomas (Diätetik und Milchküchenwesen), Dr. Rott (Was soll man Mädchen und Müttern in der Säuglingspflege lehren und wie verhilft man ihnen zum Mindestmaß der erforderlichen Kenntnisse?), Dr. Bahrdt (Praktische Uebungen in der Säuglingspflege und ärztlichen Technik), Dr. Rott (Die Unterweisung des Hilfspersonals in der Säuglingspflege), Stabsarzt Dr. Hornemann (Stallhygiene der Milchtiere), Stadtrat San.-Rat Dr. Gottstein (Zusammenhang der Säuglingsfürsorge mit der allgemeinen Wohlfahrtspflege), Dr. Rott (Wie kann man Säuglingsfürsorge, einschl. Milchwesen, organisieren?), Prof. Dr. Langstein (Die Besonderheiten des Säuglingsalters). Außerdem werden Vorträge in Verbindung mit Besichtigungen der für die Kursteilnehmer sehenswerten Institute gehalten von: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Baginsky (Tuberkulose im Säuglingsalter — Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus), Prof. Dr. Bendix (Sommersterblichkeit — Säuglingsklinik, Charlottenburg), Dr. Lissauer (Ueber Mütterheime — Mütterheim Westend), Abhaltung einer Sprechstunde (Säuglingsfürsorgestellen Berlin), Priv.-Doz. Dr. L. F. Meyer (Lues congenita — Kinderasyl, Schmidt-Gallisch-Stiftung), Dr. Rott (Krippenwesen — Krippe Kyffhäuserstraße), Dr. Japha, Dr. Oberwarth und Dr. Orgler (Demonstration poliklinischer Fälle — Kinderhaus Blumenstraße), Dr. Rott (Berufsvormundschaft und Säuglingsfürsorge — Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen), Prof. Dr. Erich Müller (Akute Infektionen im Säuglingsalter — Waisenhaus in Rummelsburg). — Die Teilnahme an dem Zyklus ist nur Aerzten gestattet und unentgeltlich (gegen Erstattung einer Einschreibegebühr von 5 M. für den ganzen Zyklus). Meldungen vom 15. Mai an im Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4.

— Der „Verband der Tierschutzvereine des Deutschen Reiches" hatte sich im November 1911 an die Vertreter der Wissenschaft mit einem **Preisausschreiben** über das Thema gewendet: „Innerhalb welcher Grenzen ist der **wissenschaftliche Versuch am lebenden Tiere** als unentbehrlich anzusehen?" Auf dieses Ausschreiben gingen acht Bewerbungsschriften ein, von denen das Preisrichterkollegium zwei als die besten ausgewählt hat, die jetzt in einer besonderen Broschüre (Preis 1,25 M.; Kommissionsverlag von Franz Wagner in Leipzig, Königstr. 9/11) der Oeffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Ihre Autoren sind Dr. med. Richard Lehmann, Anstaltsarzt in Freiburg i. Schl., und Dr. med. Werner Fischer-Defoy, Arzt in Quedlinburg. Der letztere hat bekanntlich vor einiger Zeit auch den Preis für eine Belehrungsschrift über die Erkennung des Krebses davongetragen.

— San.-Rat O. Rosenthal hat auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Rom (1912) für seine statistischen und photographischen Tafeln betreffend das Pflegeheim für erblich-kranke Kinder in Berlin-Friedrichshagen den **großen Preis** und für seine Forschungen auf dem Gebiete der hereditären Syphilis die **Goldene Medaille der Stadt Rom** erhalten.

Bonn. Die **Lungenheilanstalt Hohenhonnef** soll durch wesentliche Herabsetzung der Verpflegungssätze auch dem Mittelstande zugänglich gemacht werden. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beabsichtigt, der Anstalt Leichterkrankte zu überweisen. Der bisherige leitende Arzt der Anstalt Prof. Dr. Meissen legt am 1. Juli sein Amt nieder. An seine Stelle tritt Dr. med. Bruël, der bisher die Lungenheilstätte in Waldbreitbach leitete.

Wiesbaden. Der aus Wiesbaden gebürtige, vor einiger Zeit in München verstorbene Arzt Dr. F. Gärtner hat sein ganzes Vermögen von 571 000 M. seiner Vaterstadt zu einer **Stiftung zur Unterstützung unehelicher Mütter** vermacht.

Dresden. Wie der sozialdemokratische Abgeordnete Fraessdorf in der Generalversammlung der Dresdener Ortskrankenkasse, deren Vorsitzender er ist, mitteilte, beabsichtigt die **Dresdener Ortskrankenkasse** ein eigenes Krankenhaus, hauptsächlich zu diagnostischen Zwecken, zu errichten. Man will auf diese Weise einen größeren Einfluß auf die Behandlung der Kranken erlangen, als bei der bisherigen Benutzung der städtischen Krankenhäuser möglich war. Das geplante Ortskrankenkassen-Krankenhaus würde das erste seiner Art in Deutschland sein.

Marienbad i. B. Die Stadtgemeinde Marienbad hat zur besseren Würdigung der erdigen Mineralwässer (Rudolfsquellengruppe) eine **urologische Klinik** im städtischen Hospital unter der Leitung des Privatdozenten an der deutschen Universität in Prag Dr. Rubritius ins Leben gerufen und eine Anzahl Freiplätze zur Verfügung gestellt. Anträge zur Erlangung eines Freiplatzes für unbemittelte Patienten sind an den Stadtrat Marienbad unter Beilegung eines ärztlichen Attestes zu richten.

Wien. Das neue österreichische **Gesetz über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten** vom 14. April 1913 ist am 25. April d. J. veröffentlicht worden und mit diesem Tage auch in Kraft getreten. Anzeigepflichtig sind nach dem neuen Gesetz Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Ruhr (Dysenterie), epidemische Meningitis, Wochenbettfieber, Flecktyphus, Blattern, Cholera, Pest, Rückfalltyphus, Lepra, Trachom, gelbes Fieber, Milzbrand, Rotz, Wutkrankheit sowie Bißverletzung durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere. Wenn andere Krankheiten unter Verhältnissen auftreten, die ihre Verbreitung in gefahrdrohender Weise oder in weiterem Umfange befürchten lassen, können die Krankheiten durch Verordnung allgemein für eine bestimmte Zeitdauer oder für bestimmte Gebiete der Anzeigepflicht unterworfen werden. — Die Wirksamkeit des neuen Gesetzes wird durch eine Reihe von eigenartigen Bestimmungen gesichert, die es als einen wirklichen gesetzgeberischen Fortschritt kennzeichnen. Einige davon seien hier noch angeführt. Falls die zur Verfügung stehenden Aerzte zur Bekämpfung der Krankheit nicht genügen, können für die Dauer des Bedarfes Epidemieärzte bestellt werden. Für bei der behördlichen Desinfektion beschädigte oder vernichtete Gegenstände hat der Geschädigte Anspruch auf eine entsprechende Vergütung. Mittellose Personen erhalten während der Zeit, in welcher sie infolge behördlicher Verfügung in ihrem Erwerb gehindert sind, eine Vergütung von 60 pCt. des üblichen Tagelohns gewöhnlicher Arbeiter. Wenn ein Arzt, bei Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit tätig, berufsunfähig wird oder den Tod findet, so gebühren ihm und im Falle seines Ablebens den Hinterbliebenen Ruhe- und Versorgungsgenüsse. Der Ruhegenuß beträgt mindestens 2400 Kronen; die Versorgungsgenüsse der Hinterbliebenen werden in dem für Staatsbeamte der 8. Rangklasse festgesetzten Ausmaß bestimmt; als Sterbequartal gebühren den Hinterbliebenen mindestens 600 Kronen. Pflegepersonen erhalten unter den analogen Verhältnissen mindestens 600 Kronen. — Es wird ein neuer Paragraph dem geltenden Strafgesetz beigefügt: Gefährdung der Gesundheit durch übertragbare Krankheiten. § 393. Wer eine Handlung oder Unterlassung begeht, von der er einzusehen vermag (§ 335), daß sie die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit und dadurch eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen herbeizuführen geeignet ist, wird wegen Uebertretung mit einer Geldstrafe von 10—100 K. oder mit Arrest von 3 Tagen bis zu 3 Monaten, und wenn aus der Tat eine schwere Beschädigung oder der Tod eines Menschen erfolgte, nach § 335 bestraft. Wird die Tat unter besonders gefährlichen Verhältnissen begangen, so sind die Strafen der §§ 337 und 432 anzuwenden.

Bern. Die Redaktion der „Schweizerischen Rundschau für Medizin" hat einen **Preis** von 200 Fr. für die beste Arbeit über die „Ausrottung der Fliegen" ausgeschrieben. Zu diesem Preisausschreiben fühlt sich die Redaktion bewogen durch die in neuerer Zeit gewonnene Erkenntnis von der großen Beteiligung der Fliegen an der Uebertragung von Krankheiten. Das Amt der Preisrichter haben übernommen die Herren Dr. Göldi, Professor der Zoologie in Bern, Ehrendirektor des Göldi-Instituts in Pará, und Dr. Galli-Valerio, Professor der Hygiene und Parasitologie in Lausanne. Die preisgekrönte Arbeit wird in der genannten Zeitschrift veröffentlicht werden. Die deutsch oder französisch abzufassenden und leserlich — womöglich in Maschinenschrift — zu schreibenden Arbeiten, für die ein Umfang von etwa 20 Groß-Oktavseiten vorgesehen ist, sind bis zum 15. Oktober d. J. in 2 Exemplaren einzusenden an Privatdozent Dr. Th. Christen in Bern, Monbijoustr. 6, oder an Privatdozent Dr. Taillens in Lausanne, Avenue de la Gare 1. Jede eingereichte Arbeit ist durch ein Motto zu kennzeichnen; der Name des Autors ist in einem verschlossenen Briefumschlag mit dem gleichen Motto beizufügen.

Minneapolis. Die gesetzgebende Versammlung des Staates Minnesota hat ein **Gesetz** betr. die **Kastration** von Gewohnheitsverbrechern und Degenerierten angenommen.

V. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzen:

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Breslau. Jahresremuneration 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

(Veröffentlicht am 7. Mai.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3. Kl. m. d. Schleife: Ordentl. Honorarprofessor und dirigierender Arzt am Augusta-Hospital in Berlin Geh. Med.-Rat Dr. A. Ewald.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Dr. O. Krumhaar in Eisleben und Dr. E. Paschen in Hamburg.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Esch-Waltrup in Cöln und Vorsteher der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Günther.

Königl. Kronen-Orden 4. Kl.: Dr. A. Schönstadt in Berlin-Schöneberg.

Charakter als Medizinalrat: Pathologischer Anatom des Hygienischen Instituts in Posen Prof. Dr. K. Winkler.

Prädikat Professor: Stabsarzt Dr. B. Möllers, kommandiert zum Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Hildebrand in Berlin an Stelle des ausgeschiedenen Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Heubner zum ordentl. Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, Kreisassistenzarzt Dr. F. Peters in Cöln zum Kreisarzt in Löwenberg i. Schl., Kreisassistenzarzt Dr. H. Schopohl in Breslau zum Kreisarzt in Malmedy, Dr. D. Schmidt in Hoya zum Kreisassistenzarzt in Cöln, Oberarzt Dr. Halbey in Ueckermünde zum Kreisassistenzarzt in Kattowitz. Die Ernenung des Arztes Dr. W. Klimm in Landeshut i. Schl. zum Kreisassistenzarzt in Kattowitz ist rückgängig gemacht worden.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Ricken von Malmedy nach Arnsberg, Kreisarzt Dr. Gehrke von Putzig nach Berlin, Kreisarzt Dr. Krüger von Düsseldorf nach Putzig.

Praxis hat aufgegeben: Dr. E. Frensdorf in Frankfurt a. M.

Niedergelassen: Aerztin Dr. Ch. Schütz geb. Basch und Dr. A. F. P. Böttcher in Königsberg i. Pr., Marineunterarzt Dr. H. Ehmsen in Kiel, Dr. H. Fehland in Hüls (Bez. Münster), M. Thürlings in Dielingen, Dr. K. Wesemann in Wolfhagen, Dr. K. Meinardus in Koblenz, Dr. C. Grünwald in Frankfurt a. M., Dr. W. R. G. Havenstein in Bedburg, Dr. F. Koehl, Dr. E. Löhnberg, Dr. F. Wagner, Dr. J. Baus und W. Roedel in Cöln, Dr. C. Reuter in Bonn.

Verzogen: Dr. K. H. Erler von Santomischel nach Schöneberg (Weichsel), Dr. E. Rösler von Königsberg i. Pr. nach Marienburg, W. Jonas von Frankfurt a. M. und Dr. G. Wolff von Berlin nach Greifswald, Dr. R. M. Willim von Reisen und Dr. W. Neumann von Waldenburg i. Schl. nach Breslau, Dr. F. Schrödter von Breslau nach Biberach (Württemberg), Dr. R. Fromherz von Allerheiligen (Schweiz) nach Altheide, Dr. K. Stein von Oels nach Landeck i. Schl., Dr. V. Kawka von Luisenfelde nach Groß-Hammer, Dr. E. Matthäus von Nürnberg nach Obernigk, Aerztin Dr. F. Leuss von Frauendorf nach Bendorf, San.-Rat Dr. M. H. Bach von Bertrich nach Bad Elster, J. Haas von Aachen nach Zweifall, Dr. H. Simons von Harburg a. E. nach Pasing bei München, Dr. G. Cäsar von Bonn nach Bethel b. Bielefeld, Oberarzt Dr. K. Rabiger von Pless nach Cöln, Stabsarzt A. Casten von Breslau nach Aachen, Stabsarzt Dr. G. Scholtze von Stettin nach Bischofsburg, Dr. A. Tietz von Stettin nach Berlin, Dr. H. Mück von Berlin nach Berlin-Wilmersdorf, Dr. G. Benn von Spandau nach Charlottenburg, Dr. L. Caro von Berlin, Dr. L. Adler von München und Dr. J. Miekley von Breslau nach Berlin-Schöneberg, Dr. W. Engloff von Berlin nach Stuttgart, Dr. R. Kallmann von Berlin nach Freiburg i. B., Dr. J. Köllner von Berlin nach Würzburg, Aerztin Dr. P. Selig von Berlin nach Worms, Dr. F. Kretschmer von Mainz, H. Neuhaus von Frankfurt a. M., Dr. E. Schwarz von Breslau, K. Weber von Neuburg und Dr. L. Weissbrenner von Halle a. S. nach Berlin, Dr. F. Ideler von Fürstenwerder nach Gramzow, Dr. A. Kaul von Breslau nach Woltersdorf, Dr. W. Schönebeck von Berlin nach Buch, Dr. E. Schnürpel von Berlin nach Biersdorf, Dr. K. Arendts von Reisen und San.-Rat Dr. Wachenfeld von Berlin nach Strausberg, Dr. J. Hensen von Berlin nach Wittstock (Dosse), Aerztin Dr. A. Geheeb-Lieberknecht von Berlin-Lichterfelde nach Zehlendorf, Geh. San.-Rat Dr. M. Kaiser von Charlottenburg nach Berlin-Schmargendorf, Dr. C. Jochem von Berlin nach Berlin-Steglitz, Dr. W. Kotelmann von Wehrsdorf nach Beelitz, Dr. H. Raettig von Wackersleben nach Caputh, Dr. E. Krause von Beelitz nach Brandenburg a. H., Dr. O. Kirchhübel von Crimmitschau nach Senftenberg, Dr. K. Hartig von Berlin nach Clettwitz, Dr. E. Flügge von Essen nach Waldfrieden b. Fürstenwalde, Dr. P. Flemming von Uchtspringe und Dr. J. Konietzny von Rybnik nach Städtel Leubus, Dr. O. Kotzulla von Beuthen (O.-Schl.), Geh. San.-Rat Dr. A. Kratzert von Pleß und Dr. G. Lichtenstein von Bad Jastrzemb nach Breslau, Dr. P. J. Leupolt von Breslau nach Gleiwitz, Dr. F. Schröder von Gleiwitz nach Rostock, Dr. F. Zahn von Erlangen nach Uchtspringe, Dr. F. Rehm von Blankenburg a. H. nach Friedrichsbrunn, Dr. A. Haffner von Friedrichsbrunn nach Alexanderbad (Bayern), Dr. K. Wichura von Schierke nach Blankenburg i. Thür., Dr. O. Polz von Ilsenburg nach Jena, Dr. J. Brenning von Schraplau nach Ilsenburg, Dr. L. Gürich von Eidelstedt i. Holst. nach Schraplau, Dr. W. Hochgeschurz von Halle a. S. nach Nürnberg, Dr. E. A. Jüngermann von Hamburg und Dr. F. Knoff von Minden i. W. nach Hannover, Dr. E. Glombitza von Hamburg nach Harburg, J. Junkermann von Berlin und W. Schlüter von München nach Dortmund, K. Eyselein von Recklinghausen und E. Tuhr von Cattbus nach Bochum, Dr. M. Meyer von Straßburg nach Gelsenkirchen, Dr. F. Reuter von Herschbach nach Herdecke, Dr. W. Fenkner von Eschwege nach Braunschweig, Oberstabsarzt a. D. Dr. K. Vehling von Görlitz nach Duisburg, Dr. W. Steenbeck von Berlin nach Wesel, Dr. F. Wesener vom Ausland nach Aachen, F. Hofstadt von Aachen nach München, Dr. F. Ples von Duisburg nach Erfurt, J. Glau von Schreiberhau nach Wandsbek zum Militär, Dr. R. Köster von Kiel nach Flensburg, Dr. Th. Ebsen von Tarp und Dr. H. Schüssler von Jena nach Kiel, Dr. G. Boyksen von Deezbüll nach Altona, Dr. F. Wetzell von Laubach (Hessen) nach Deezbüll, Dr. R. Felten und Aerztin Dr. F. Felten von Woserin i. Meckl. nach St. Peter, Dr. K. Sommerlad von Schleswig nach Delmenhorst, Dr. E. Berger von Ober-Jersdal nach Schleswig, Dr. A. Knüppel von Kemberg nach Wedel.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. J. G. Lippmann von Nordhausen, Dr. G. Boxberger von Frankfurt a. M., Dr. M. F. J. Graf v. Wiser von Wiesbaden.

Gestorben: San.-Rat Dr. Ph. A. Teschemacher in Neuenahr, San.-Rat Dr. H. Hertel in Vluyn.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. F. Bohlmann in München, Dr. Gg. Frey als Arzt und Zahnarzt in München, Dr. O. Baer in Pottenstein, B.-A. Pegnitz, Dr. Hans Schmitt in Gößweinstein, B.-A. Pegnitz, Dr. Frz. Mirsberger in Nürnberg, Dr. R. Hilbing in Reutin, B.-A. Lindau, Dr. A. Sedlmeyr in Augsburg, Dr. G. Boxberger in Bad Kissingen, Dr. K. Kress in Bayreuth, Dr. A. Winter in Asch, B.-A. Kaufbeuren, Dr. A. Th. Brühschwein in Nürnberg, Dr. Paul Dorn in Schwarzenbach a. W.

Verzogen: Dr. Dingfelder von Burgbernheim, Dr. K. Hüttlinger von Gangkofen nach München, Dr. W. Kern von Meckendorf nach Windsbach, Dr. Georg Gruber von München nach Straßburg, L. Volk von München nach Burgheim, Medizinalrat Zentralimpfarzt a. D. Dr. L. Stumpf von München nach Wiessee am Tegernsee, Dr. Th. Becker von München nach Bad Kissingen, Dr. Hollederer von Staffelstein nach Mühlhof bei Reichelsdorf (Mittelfr.), Dr. Bauer von Nordhalben nach Erlangen, Dr. A. Karfunkel von München nach Breslau.

Praxis hat aufgegeben: Dr. Dorsch in Windsbach, Dr. B. Burkhard in Burgheim.

Gestorben: Dr. Wilh. Müller, Oberstabsarzt a. D. in München.

Oldenburg.

Niedergelassen: Dr. E. W. Dub in Oberstein (Birkenfeld).

Hamburg.

Niedergelassen: C. Th. Hegler in Hamburg.

Berichtigung.

In dem Sitzungsbericht des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde, No. 19, S. 232, Sp. 2, ist der Name des Vortragenden Rosenstern, nicht Rosenberg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 24. Mai 1913 | No. 21

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



ARISTOCHIN

Geschmackloses **Antipyreticum**; indiziert in allen Fällen, wo Chinin gegeben zu werden pflegt, besonders in der **Kinderpraxis**

HYDROCHININ

hydrochloric.

Mittel gegen **Malaria.** Im Gegensatz zu den gebräuchlichen Chininsalzen **außerordentlich leicht in Wasser löslich,** daher in ganz neutraler Lösung zu **Injektionen** verwendbar, ohne daß noch Zusätze wie Urethan usw. nötig werden.

EUSTENIN

Gegen **Arteriosklerose, Angina pectoris** und **Aortenaneurysma** Sehr empfehlenswert für alle Fälle, wo eine Verbindung der Jodbehandlung mit Theobromin wünschenswert erscheint.

Bei Bestellung von Mustern nebst Literatur bitten wir die Herren Aerzte, sich auf Anzeige No. 17 zu beziehen.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
BERLIN N., Müllerstrasse 170/171

Hormonal

(Peristaltikhormon nach Dr. Zuelzer)

in Flaschen à 20 ccm (braune Flaschen für intramuskuläre Injektion, blaue Flaschen für intravenöse Injektion)

Verbessertes Präparat

Spezifisch

wirkendes Mittel bei **chronischen Obstipationen** und **postoperativen akuten Darmlähmungen**

Hormonal, ein Zellprodukt der Milz, bewirkt eine Darmperistaltik in physiologischem Sinne. Die Stuhlentleerung erfolgt nach **einmaliger Injektion** von Hormonal in geeigneten Fällen meist auf lange Zeit hinaus spontan.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.,
Leverkusen bei Cöln a. Rh.

ACITRIN

(Phenylcinchoninsäureaethylester)

Nachhaltig wirkendes Gichtmittel. - - Geschmackfrei!

Die Wirkung ist nicht stürmisch, wodurch die Gefahr einer Nierensteinkolik verringert wird.

Indikat.: Arthiritis urica, Polyarthritisreumatica, Neuralgien, Ischias.

Dosis: Meist 4mal täglich 0,5 Acitrin (= 4 Tabletten); wenn nötig bis 6 mal 0,5.

Rp.: Tabl. Acitrin à 0,5 No. XX „Originalp. Bayer".

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:
Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45%, Haemoglobin 9%, peptonis. Muskeleiweiß 46%.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:
Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) **Jasper 0,05**
scat. unam orig.

= Nur echt = in geschlossener Originalschachtel.
Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
BERNAU bei Berlin



TULISAN

(Zusammensetz.: Nach D. R. P. Nr. 226354 aus Perubalsam hergestellte Inhalationsflüssigkeit 73,59%, Alypin nitr. 0,94%, Emmydrin 0,47%, Nebenniere (1:1000) 5%, Glycerin 20%.)

Bewährtes Inhalationsmittel zur Kupierung von Asthmaanfällen
= Anwendung mittels des Tulisan-Spray-Apparates =
Literatur und Proben erhalten die Herren Aerzte kostenfrei, den Apparat zum Vorzugspreise von M. 6.— excl. Porto
Chemisches Institut Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W. 30

Echtes Malz-Extrakt der Niederrheinischen Malz-Extrakt-Brauerei **C. Schroeder,** Lackhausen b. Wesel.

Bestes und bewährtestes Nähr- und Stärkungsmittel für Bleichsüchtige, Blutarme, Rekonvaleszente. Alkoholarmes nicht berauschendes Getränk.
Extrakt der Stammwürze 21,01, Maltose 8,84, Zucker 0,5—0,8.
Den Herren Aerzten stehen Proben mit der Analyse gern kostenfrei zu Diensten

---

Wiesbaden **Hotel Wiesbadener Hof.**
Moritzstrasse 6.
Tel. Nr. 6565/6566. Telegr. „Wiesbadenerhof" Haus ersten Ranges. Ruhige zentrale Lage inmitten der Stadt und doch in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes. 100 Zimmer und Salons. Warm und kalt fließendes Wasser, Telefon u. elektr. Licht in allen Zimmern. Erstklassiges Wein- u. Bier-Restaurant. Thermal- u. Süßwasser-Bäder auf allen Etagen. Lift. Auto-Garage. Inhaber: **Xaver Hirster.**

Die Bor- u. Lithium-hältige natürliche eisenfreie Heilquelle

SALVATOR

bewährt sich vortrefflich bei **Nieren-** und **Blasenleiden, Harngries, Harnbeschwerden, Rheuma, Gicht, Zuckerharnruhr, Scharlach,** sowie bei **Catarrhen** der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane.**

HARNTREIBENDE WIRKUNG! LEICHT VERDAULICH! ABSOLUT REIN!

Käuflich in Mineralwasserhandlungen u. Apotheken. **August Schultes** Szinye-Lipóczer Salvatorquellen-Unternehmung Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

82. Jahrgang **Berlin, 24. Mai 1913** **No. 21**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die chronische Mittelohreiterung und ihre Behandlung.

Von

Sanitätsrat Dr. **H. Klau** (Berlin).

Die chronische Mittelohreiterung ist eine häufig auftretende Ohrerkrankung. Infolge ihres zerstörenden Einflusses auf das Gehörorgan ist sie als eine sehr ernste, das Leben bedrohende Erkrankung aufzufassen. Sie nimmt unter allen Ohrerkrankungen unser größtes Interesse in Anspruch. Es gab eine nicht allzu ferne Zeit, wo von Laien und selbst Aerzten der chronische Ohrenfluß als ein ableitendes, nicht gefährliches, ja sogar nicht selten als ein nützliches Symptom angesehen wurde!

Die chronische Mittelohreiterung entsteht häufig aus der akuten, besonders bei Vernachlässigung derselben, bei ungenügender oder unzweckmäßiger Behandlung, wobei alle möglichen Bakterien in das Mittelohr gelangen können, auch vom Nasenrachenraum aus. Ferner kann die Ursache in ungünstigen lokalen und konstitutionellen Verhältnissen liegen. Die Krankheit kann aber auch von vornherein chronisch beginnen, namentlich bei den akuten Infektionskrankheiten, am häufigsten bei Scharlach, dann auch bei schweren Masern, bei Diphtherie und Typhus. Hier kommt es infolge der schweren Infektion und der intensiven Entzündung zum Absterben einzelner Gewebsteile und weiterhin zur Ausstoßung derselben. Eine häufige Ursache der chronischen Mittelohreiterung können auch chronische Affektionen der Nase und des Nasenrachenraumes, namentlich adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum, sein. Ferner disponieren konstitutionelle Erkrankungen für chronische Ohreiterung. Nach Leutert soll die chronische Mittelohreiterung durch Sekundärinfektion mit Staphylokokken hervorgerufen werden. Sicher spielen die pyogenen Mikroorganismen bei dieser Erkrankung eine wichtige Rolle.

Zu welchem Zeitpunkte eine Mittelohreiterung als chronisch zu bezeichnen ist, läßt sich nicht so ohne weiteres aus der Länge der Zeit ihres Bestehens bestimmen. Wie schon gesagt, kann die Eiterung gleich chronisch beginnen, in anderen Fällen kann eine Eiterung, die länger als sechs Wochen währt, immer noch als akut oder doch wenigstens subakut bezeichnet werden. Im allgemeinen kann also nicht die Dauer der Erkrankung darüber entscheiden, ob wir es mit einer chronischen Affektion zu tun haben, sondern die durch die Entzündung hervorgerufenen Veränderungen in den Geweben.

Zum besseren Verständnis teilen wir die Paukenhöhle in drei Abschnitte ein, den Mittelraum, den Boden oder Keller und den Kuppelraum oder Recessus epitympanicus.

Die chronische Eiterung kann nun in allen drei Räumen zugleich ihren Sitz haben, das ist die häufigste Form; sie kann aber auch in den einzelnen Abschnitten gesondert vorkommen.

Wir unterscheiden eine hyperplastische und eine atrophische Form der eitrigen Entzündung; letztere stellt einen höheren Grad der Entzündung dar. Die häufigste Form ist die hypertrophische. Hier tritt zunächst eine Hyperämie infolge von Gefäßerweiterung ein, sodann Hyperplasie der Schleimhaut durch Gefäßneubildung und durch starke Infiltration der Mucosa mit erheblicher Wucherung des submukösen Bindegewebes. Die Hyperplasie der Schleimhaut kann so stark sein, daß die ganze Paukenhöhle ausgefüllt wird. Stößt sich das Epithel an einzelnen Stellen ab, so kann es zu Ulceration und Zerstörung der Schleimhaut in mehr oder weniger großem Umfange und weiterhin zu Karies und Nekrose kommen, da der Knochen infolge der zerstörten Schleimhaut nicht mehr genügend ernährt wird.

In anderen Fällen tritt nach Abstoßung des Epithels Granulations- und Polypenbildung ein infolge von Bindegewebswucherung. Hier können sich dann bei den engen Raumverhältnissen in der Paukenhöhle infolge des Epithelverlustes der Schleimhaut und der dauernden Berührung gegenüberliegender Schleimhautflächen Verwachsungen bilden.

Wir unterscheiden im Recessus epitympanicus den Prussakschen Raum, welcher zwischen Hammerhals und der Pars flaccida des Trommelfells liegt, und den Hammer-Amboß-Schuppenraum. Durch die soeben erwähnten Verwachsungen im Kuppelraum entstehen in

diesen Hohlräumen, die oft vollständig isoliert erkrankt sind, zuweilen sehr komplizierte Raumverhältnisse. Die erkrankten Räume werden durch die Verwachsungen nicht selten vollständig von dem übrigen Paukenhöhlenraum abgeschlossen, so daß es durch Eiterverhaltung zu äußerst bedrohlichen Komplikationen kommen kann.

Bei nicht komplizierter chronischer Ohreneiterung im Hypo- und Mesotympanum können die subjektiven Symptome oft ganz in den Hintergrund treten. Schmerzen werden selten empfunden, und es läßt sich deshalb die Schwere der Erkrankung aus den subjektiven Beschwerden nur in Ausnahmefällen erkennen, wenn bei akuten Exazerbationen, bei Eiterverhaltung und ernsten Komplikationen heftige Schmerzen, Druck und Spannung im Ohr, Schwindel und Uebelkeit auftreten.

Findet sich der Sitz der Eiterung im Kuppelraum, so sind letztere Erscheinungen allerdings häufiger; nicht selten zeigen sich dann auch psychische Depression, Unlust und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit.

Die Schwerhörigkeit ist bei der chronischen Mittelohreiterung sehr verschieden; oft ist sie selbst bei doppelseitiger Erkrankung äußerst gering. Finden sich aber Verwachsungen in den Räumen der Paukenhöhle, welche die Beweglichkeit der Gehörknöchelchen behindern oder ganz aufheben, so ist die Schwerhörigkeit sehr hochgradig.

Auch die Perforationen des Trommelfells üben eine sehr verschiedene Wirkung auf die Hörfähigkeit aus, so daß selbst bei vollständigem Trommelfelldefekt, aber freier Beweglichkeit des Steigbügels die Patienten oft viel besser hören, als solche mit kleiner Trommelfellperforation und ungünstigen Verhältnissen in der Paukenhöhle. Die mehr oder weniger gute Hörfähigkeit ist eben ausschließlich von der freien Beweglichkeit der Gehörknöchelchen und der Schwingungsfähigkeit der Membranen der Labyrinthfenster abhängig, sofern eine Labyrinthaffektion, bei welcher sich die stets hochgradige Schwerhörigkeit bis zur Taubheit steigern kann, nicht vorliegt.

Ferner beobachten wir häufig, daß während der Eiterung die Hörfähigkeit besser ist, als nach dem Sistieren derselben. Der Grund hierfür ist wohl auf ein besseres Leitungsvermögen zurückzuführen, wie ja auch zuweilen die Hörfähigkeit durch Einträufelung eines Tropfens Glyzerin in die Paukenhöhle erheblich gebessert werden kann.

Wichtiger als die subjektiven Symptome für die Beurteilung der chronischen Erkrankung sind die objektiven Erscheinungen. Bei der ersten Untersuchung findet man den äußeren Gehörgang meist mit Eiter angefüllt und somit das Trommelfell vollständig verdeckt. Die Eiterung kann äußerst profus, in anderen Fällen wieder sehr gering sein. Bei geringer Absonderung, namentlich aus dem Kuppelraum, wird sie von Laien und auch von ungeübten Beobachtern gar oft als nicht vorhanden erachtet, weil sich in diesen Fällen der Eiter häufig an der Trommelfellperforation zu flachen Krusten verdichtet und so übersehen wird. Selbst im einzelnen Falle kann die Menge der Absonderung sehr verschieden sein; bei akuten Exazerbationen, namentlich bei akuten Nasen- und Nasenrachenkatarrhen kann die vorher mäßige Eiterung oft äußerst profus werden.

Finden sich im Eiter wiederholt zusammengeballte Epidermismassen, so ist das ein Zeichen dafür, daß außer der chronischen Mittelohreiterung ein Cholesteatom im Kuppelraum oder weiterhin im Warzenfortsatz besteht.

Bei andauernd sehr reichlicher Sekretion liegt der Verdacht nahe, daß die Eiterung nicht allein aus der Paukenhöhle stammt, sondern aus dem Antrum und den Zellen des Warzenfortsatzes, unter Umständen auch aus einem Absceß in der Schädelhöhle.

Im allgemeinen kann man aber niemals aus der Menge der Absonderung auf die mehr oder weniger große Gefahr der Erkrankung schließen. Gerade bei geringfügiger Eiterung haben wir in zahlreichen Fällen bei der Radikaloperation die ausgedehntesten Zerstörungen im Knochen gefunden, so daß wiederholt die Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube freigelegt werden mußte, weil die Entfernung des kranken Knochens dies erforderte.

Es sind also noch andere Symptome nötig, die uns die Schwere der Erkrankung vollkommen erkennen lassen.

Der Ausfluß selbst kann in seltenen, günstigen Fällen rein schleimig sein; es handelt sich dann um eine einfache Schleimhauteiterung ohne jede Komplikation. Meist finden wir aber das Sekret schleimig-eitrig, reineitrig oder serös-eitrig. Im letzteren Falle ist die Absonderung oft äußerst übelriechend und ätzend und läßt dann immer auf Karies in den Mittelohrräumen schließen.

Wiederholt haben wir auch einen ganz eigenartigen, brenzligen Geruch des Sekrets bemerkt, der lange nicht so ekelerregend war, wie in anderen Fällen; trotzdem haben wir in jedem derartigen Falle ausgedehnte kariöse Zerstörungen mit polypösen Wucherungen im Antrum und den Zellen des Warzenfortsatzes gefunden.

Bei Stagnation des Eiters infolge behinderten Abflusses ist derselbe oft verkäst und bröcklig.

Meist ist die Absonderung gelblich, selten farblos; bei Anwesenheit von Granulationen oder Polypen häufig rötlich oder bräunlich.

Die in früherer Zeit in seltenen Fällen beobachtete bläuliche oder grünliche Farbe des Eiters rührt von ziemlich unschädlichen Bakterien her und interessiert uns hier nicht, wird auch bei der heutigen besseren Asepsis kaum noch beobachtet.

Das Trommelfell findet sich in den meisten Fällen perforiert. Fehlt in seltensten Ausnahmefällen die Perforation, so kann sich der Eiter durch vorhandene Knochenfisteln nach außen entleeren; selten wird er sich durch die Tube einen Weg bahnen. Kommt das letztere einmal vor, so klagen die Patienten über einen fauligen, üblen Geschmack im Munde.

Ist die Perforation sehr klein, so kann sie bei der Otoskopie anfangs leicht übersehen werden, um so leichter, wenn durch Schleimhautschwellung in der Paukenhöhle die Perforation verdeckt ist. Hier kann in vielen Fällen die Anwendung der Luftdusche Aufklärung geben (Perforationsgeräusch), namentlich, wenn sich die Perforation in der Pars tensa des Trommelfells, die dem mittleren und unteren Abschnitt der Paukenhöhle entspricht, befindet. Das Perforationsgeräusch fehlt, wenn infolge von Verwachsungen der Luftdurchtritt behindert ist. Dies beobachtet man häufig bei Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli.

Nicht selten ist das Trommelfell an mehreren Stellen perforiert, ohne daß dies immer, wie manche behaupten, auf Tuberkulose zurückzuführen ist. Die Perforation kann sich bis zum Totaldefekt ausdehnen; in solchen Fällen ragt häufig der Hammergriff, wenn er nicht an die Labyrinthwand retrahiert ist, frei in die Paukenhöhle hinein. Das Promontorium ist dann frei sichtbar, in gewissen Fällen auch der lange Amboßschenkel und der Steigbügel.

Randständige Perforationen sprechen wohl immer für das Vorhandensein von Karies in den Mittelohrräumen. Ebenso sind Perforationen in der Membrana Shrapnelli mit Eiterung im Kuppelraum in den meisten Fällen beweisend für Karies von Hammer und Amboß.

Die Schleimhaut der Paukenhöhle zeigt je nach dem Grade der Erkrankung ein verschiedenartiges Aussehen; sie ist rot, verdickt, geschwollen, nicht selten mit Granulationen bedeckt. Infolge von bindegewebiger Neubildung, wenn diese nicht diffus, sondern nur an einzelnen Stellen stärker wuchert, entstehen polypöse Wucherungen, die sich zu Polypen ausbilden können und nicht selten durch die Perforation im Trommelfell durchwachsen und so weiterhin den ganzen äußeren Gehörgang ausfüllen.

Polypen in der Perforation der Membr. Shrapnelli stammen meist aus dem Rec. epitympanicus oder auch aus dem Antrum. Wuchern sie nach der Entfernung schnell wieder nach, so spricht dies meist für Karies, die zunächst auf den Hals und Kopf des Hammers beschränkt sein kann, häufig aber schon den Amboß, die Pars ossea epitympanica und weiter den Aditus ad antrum und das Antrum selbst ergriffen hat.

Von den Gehörknöchelchen geht infolge von Karies der Amboß leichter zugrunde als der Hammer; bei letzterem sind es wiederum der Hals und Kopf, welche zuerst zerstört werden, während der Hammergriff am längsten Widerstand leistet. Viel trägt dabei wohl auch seine exponierte Lage in der Paukenhöhle bei, so daß er der Uebertragung der Karies nicht so unmittelbar ausgesetzt ist.

Auf die Pars ossea epitymp. greift die Karies gewöhnlich erst vom kariös erkrankten Hammer über, doch werden auch Fälle beobachtet, wo diese Knochenpartie zuerst kariös erkrankt.

So kann es im weiteren Verlauf der chronischen Mittelohreiterung zu umfangreichen kariösen Zerstörungen

kommen. Wir haben Fälle gesehen, wo die Gehörknöchelchen vollständig verschwunden waren, wo die Pars ossea des Kuppelraumes und die hintere obere Wand des knöchernen Gehörganges in seinem medianen Teil vollkommen zerstört waren, so daß der Aditus und das Antrum völlig freilagen.

Auch umfangreiche Nekrose haben wir in mehreren Fällen bei Kindern beobachtet, wo sich überaus große Sequester, zuweilen der ganze Processus mastoideus, abstießen.

Nicht selten greift dann auch die Karies auf die äußerst feste Labyrinthkapsel über. Während nun sonst die Patienten im Beginn der eitrigen Labyrinthaffektion meist von Gleichgewichtsstörungen, wie unsicherem Gang, Schwanken, Schwindel und Erbrechen befallen werden, ist es oft wunderbar, daß in einzelnen Fällen trotz umfangreicher kariöser Zerstörung des Labyrinths die Patienten gar keine krankhaften Empfindungen verspüren.

Wir haben es in zwei Fällen erlebt, daß beim Ausspritzen des Ohrs plötzlich eine rundliche, polypenartige Granulation im Spülbecken sich zeigte, die sich bei näherer Untersuchung als die in Granulationen eingebettete Schnecke erwies. Beide Patienten hatten außer absoluter Taubheit auf dem erkrankten Ohr keinerlei Beschwerden; angeblich hatten sie auch keinen Schwindel vorher gehabt.

Es muß sich also die kariöse Zerstörung hier ganz langsam vorbereitet haben. Durch die chronische Entzündung muß sich ferner in den Laryrinthräumen ein Verschluß, meist ein bindegewebiger, nach der Schädelhöhle zu gebildet haben, so daß die sonst überaus lebensgefährliche chronische Labyrintheiterung auf das Labyrinth beschränkt blieb und nicht in die Schädelhöhle gelangte. Beide Patienten genasen.

Zuweilen kommt es bei der kariösen Mittelohreiterung zum Durchbruch der knöchernen Wandungen der Mittelohrräume. Der Eiter kann dann in die Umgebung des Ohrs gelangen, otogene Senkungsabscesse.

Liegen dieselben oberflächlich unter der oberen Halsfascie, so sind sie operativ leicht zu eröffnen. Anders verhält es sich mit den unter der tiefen Halsfascie gelegenen Senkungsabscessen; sie können wegen der tiefen Halsgefäße und infolge der Schwellung der umliegenden Weichteile bei der Operation große Schwierigkeiten bereiten. Der Durchbruch der Senkungsabscesse am Halse findet meist an der hinteren Fläche der Spitze des Warzenfortsatzes statt. Durchbricht der Eiter das Planum des Warzenfortsatzes, so findet sich der Senkungsabsceß an der seitlichen Nackengegend. Dieser Durchbruch aber findet sich häufiger bei der akuten Eiterung als bei der chronischen, weil es bei dieser nach längerem Bestehen der Eiterung meist zu einer chronischen Ostitis im Warzenfortsatz kommt, wobei die Corticalis desselben sich ganz außerordentlich zu verdicken pflegt, indem die Zellen des Warzenfortsatzes zusammenschmelzen und so eine kompakte Knochenmasse bilden. Wir haben in unserer Arbeit: „Zur operativen Eröffnung der Mittelohrräume“ [1]) darauf hingewiesen, daß diese Osteosklerose der Corticalis, die von einigen als ein günstiges Resultat hingestellt wird, nach unserer Ansicht als äußerst bedenklich anzusehen ist, weil dadurch dem Eiter der Weg nach außen versperrt und die Gefahr eines Durchbruchs nach der Schädelhöhle begünstigt wird.

Zuweilen kann der Eiter auch in der Temporalgegend durchbrechen. Sehr selten beobachtet man bei chronischer Mittelohreiterung den retropharyngealen Absceß. Immerhin kann er einmal vorkommen, ja, der Eiter kann sogar in sehr schweren Fällen bis zur Speiseröhre und weiter bis zum Mediastinum vordringen (Mediastinalabsceß); auch in den Kehlkopf und in die Trachea kann der Eiter gelangen und durch Glottisödem Erstickungsgefahr herbeiführen.

Der Eintritt einer Facialislähmung ist immer als ein ernstes Symptom aufzufassen, weil es sich meistens um ein Weitergreifen der Karies auf den Canalis Falloppiae handelt. (Fortsetzung folgt.)

[1]) Therapeutische Monatshefte, 1905, H. 1 u. 2.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschl. Infektionskrankheiten und Kinderheilkunde).

Dr. **Erich Conradi** (Cöln): **Ueber das Vorkommen von Diphtheriebacillen im Nasen- und Rachensekret ernährungsgestörter Säuglinge.** (Münch. med. Wochenschr., 1913, No. 10.)

Wie Verf. mitteilt, wurde im Frühjahr 1911 auf einer Abteilung der Säuglingsstation der Cölner Kinderklinik das gehäufte Auftreten von Diphtheriebacillen im Nasen- und Rachensekret von Säuglingen beobachtet. Es handelte sich um 10 Fälle, über welche Verf. im einzelnen berichtet. Außer diesen zehn Fällen fanden sich bei den übrigen Kindern der Station trotz regelmäßiger Untersuchungen keine Diphtheriebacillen. Bei den erwähnten 10 Säuglingen wurden während einer verschieden langen Beobachtungszeit echte Diphtheriebacillen nachgewiesen: 8 mal im Nasensekret und 2 mal im Rachen; kein einziges dieser Kinder zeigte jemals klinische Diphtheriesymptome. Nur hin und wieder trat bei den Kindern schnell vorübergehender Schnupfen auf. Betroffen waren ausnahmslos die elendesten Kinder der Station, stark untergewichtige, chronisch ernährungsgestörte, die im Stadium der Reparation nach akuter Dekomposition sich befanden und bei denen sich meist zahlreiche Symptome von exsudativer Diathese zeigten. Verschont blieben dagegen die dazwischenliegenden, in ihrem Allgemeinzustande schon gebesserten Kinder, sowie diejenigen der Ammen, trotz der zahlreichen Möglichkeiten der Uebertragung. Was die Infektionsquelle anlangt, so wurde nur bei zwei Schwestern der Station ein positiver Befund erhoben; bei der einen fand sich im Rachenabstrich fast eine Reinkultur von typischen Diphtheriebacillen (auch kulturell bestätigt), bei der anderen nur diphtherieähnliche Stäbchen. Einige der Kinder hatten vielleicht die Diphtheriebacillen bei der Aufnahme schon mitgebracht. Eine Beschleunigung des Verschwindens der Bacillen durch Injektion von Serum konnte in keinem einzigen Falle festgestellt werden. Die später entdeckten Fälle wurden mangels jeder klinischen Erscheinung gar nicht mehr immunisiert. In einigen Fällen persistierten die Diphtheriebacillen 2, 3 und 4 Monate lang.

Arent de Besche (Kristiania): **Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion im Kindesalter.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Die von Verf. mitgeteilten Untersuchungen stammen aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Reichshospitals in Kristiania. Es wurden in den Jahren 1909—1912 systematische Impfungen mit Lymphdrüsen von Kindern an Meerschweinchen vorgenommen, und zwar von allen zur Obduktion gelangten Kindern, gleichgültig, ob bei den Kindern makroskopisch Tuberkulose vorlag oder nicht. In der Regel wurden in jedem Falle sowohl Halsdrüsen wie Mesenterialdrüsen an Meerschweinchen eingeimpft, in einigen Fällen auch Bronchialdrüsen. Auf diese Weise kamen 134 Kinder zur Untersuchung; bei 52 davon fand sich eine tuberkulöse Infektion. Bei 28 derselben bildete die Tuberkulose die Todesursache, bei 14 war die Tuberkulose ein Nebenbefund bei der Obduktion, bei 10 wurden nur Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen, ohne makroskopische oder mikroskopische Veränderungen in ihnen oder sonst im Organismus, nachgewiesen. Bei 58 Kindern bis zu 1 Jahre wurden in 14 Fällen (24,2 pCt.), bei 28 Kindern von 1—3 Jahren in 11 Fällen (39,3 pCt.), bei 14 Kindern von 3—5 Jahren in 7 Fällen (50 pCt.), bei 34 Kindern von 5—15 Jahren in 20 Fällen (58,8 pCt.) Tuberkelbacillen gefunden. Keines der untersuchten Kinder war unter 1 Monat alt. Die Häufigkeit der tuberkulösen Infektion im Kindesalter nimmt also mit dem Alter zu. In 70 pCt. der Fälle wurden die Tuberkelbacillen in beiden Lymphdrüsengruppen gefunden, bei denjenigen Fällen, in denen Tuberkulose die Todesursache bildete, sogar in 88,5 pCt. der Fälle. Von den 52 Fällen, in denen eine tuberkulöse Infektion nachgewiesen wurde, wurden die Tuberkelbacillen in 50 Fällen reingezüchtet und eingehender untersucht. 45 Stämme erwiesen sich als Tuberkelbacillen vom humanen Typus, 3 Stämme zeigten die Eigenschaften des bovinen Typus; in einem Falle wurde eine Kultur gezüchtet, in der wahrscheinlich Tuberkelbacillen vom humanen und bovinen Typus gemischt vorkamen; in einem Falle endlich war es schwierig, etwas Bestimmtes über den Typus des Bacillus auszusagen. — Aus den Untersuchungsergebnissen ist nach Verf. zu schließen, daß ungefähr 6—8 pCt. der tuberkulösen Infektionen der Kinder in Kristiania durch Genuß von ungekochter tuberkelbacillenhaltiger Kuhmilch hervorgerufen wird, während die übrigen Fälle sämtlich durch Infektion mit tuberkulösem Material menschlicher Herkunft erzeugt sind.

Geheimrat **Walb** (Bonn): **Ueber den Schleimhautlupus der Nase.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Verf. erörtert auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen die Bedeutung der Nasenschleimhaut für die Entstehung des Lupus der Haut des Gesichts. Diesen Zusammenhang hat

man erst im letzten Dezennium mehr gewürdigt. Die frühzeitige Behandlung des Schleimhautlupus ist zugleich die Prophylaxe des Hautlupus. Jeder Lupus des Gesichts bedarf gleichzeitig rhinologischer Beobachtung und Behandlung. Nicht nur der Schleimhautlupus im engeren Sinne, sondern jeder Fall von Tuberkulose der Nasenschleimhaut kann sich mit Hautlupus komplizieren. Die diffusen Schwellungen und die Granulationsbildung sieht man als Lupus an; von diesen sind die tumorartigen Tuberkulome als Schleimhauttuberkulose zu unterscheiden. Vielfach handelt es sich um rein lokale Prozesse bei absolut gesunden Lungen. Der Nasenschleimhautlupus befällt vorwiegend das weibliche Geschlecht. Der Prozeß beginnt fast stets im vorderen Abschnitt der Nasenscheidewand. Was die Ursache anlangt, so entsteht die Krankheit erstens wohl durch digitale Infektion, direkt oder indirekt, indem mindestens chronische Traumen, Exkoriationen durch In-die-Nase-bohren einer späteren Infektion mit Tuberkelbacillen den Boden vorbereiten. Zweitens kommt die Einatmung von Tuberkelbacillen in Frage, drittens können die Bacillen sich auf dem Blutwege in der Nasenschleimhaut (nach vorherigen Traumen derselben) ansiedeln, wie man das ja auch bei anderen Lokalisationen der Tuberkulose beobachtet. Auch von anderen schon vorhandenen offenen tuberkulösen Herden oder von den erkrankten Lungen aus kann die Infektion erfolgen. Auch die häufigen Rezidive erklären sich auf diese Weise. — Tuberkulöse Erkrankungen des Siebbeins selbst sind sehr selten. In den Fällen von Tuberkulose des Siebbeins und der Stirnhöhle, die Verf. beobachtete, war stets Knochentuberkulose neben Schleimhauttuberkulose vorhanden. Es war stets auch der Schädelteil des Knochens mit ergriffen und es mußte bei der Operation die Dura mater in ausgedehnter Weise freigelegt werden, die stets mit tuberkulösen Granulationen bedeckt war, die abgeschabt wurden. Alle so behandelten Fälle heilten gut aus. — Was die Behandlung des eigentlichen Nasenlupus anlangt, so ist im Frühstadium stets ein zirkumskripter Herd im knorpeligen Teil der Nasenscheidewand vorhanden; hier gelingt es, durch Eliminierung des ganzen Herdes im Gesunden Heilung herbeizuführen. Verf. benutzt hierzu nach Anlegung eines bogenförmigen Schnittes vor dem Herd das Konchotom. Es gelingt dies in einer Sitzung; bei ausgedehnten Herden sind mehrere Sitzungen erforderlich. In einzelnen Fällen, wo auch der knöcherne Abschnitt des Septums mitbefallen ist, muß sehr ausgiebig operiert werden. Um Rezidive zu verhüten, welche nicht selten sind, ist eine lange dauernde Nachbehandlung nötig, welche den Zweck hat, die etwa zurückgebliebenen Tuberkelbacillen zu vernichten. Verf. läßt mit Sublimatlösung (1:1000) getränkte Gazestreifen in die Nase einlegen und entweder nachts oder auch am Tage stundenlang tragen. Dadurch konnte er in vielen Fällen Rezidive der Schleimhaut und auch Lupus der Haut verhüten. — Ist bereits Hautlupus vorhanden, so muß man die Behandlung des Hautlupus nach der Behandlung des Schleimhautlupus vornehmen. Manchmal muß dazu die Nase von außen gespalten werden. Latente tuberkulöse Herde (besonders in der unteren Muschel) kann man nach vorheriger Behandlung der Schleimhaut mit Kokain und Adrenalin sichtbar machen. Die kleinen Herde sind meist etwas grau oder auch gelb gefärbt. Zur Zerstörung der Herde bediente sich Verf. anfangs der Galvanokaustik; neuerdings exzidiert er größere Stellen der Schleimhaut mit Konchotomen oder Zangen. Ueberall da, wo man bei Tuberkulose der Nase hypertrophisches Gewebe findet, ist dieses zu entfernen.

Prof. **Oberndorfer** (München): **Die syphilitische Aortenerkrankung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Verf. schildert auf Grund seiner Erfahrungen als pathologischer Anatom das Krankheitsbild der syphilitischen Aortitis. Bemerkenswert ist die Häufigkeit der Erkrankung. Unter 1436 Sektionen im Laufe von 2½ Jahren fanden sich 99 Fälle von Aortenlues, d. h. 6,9 pCt. des gesamten Sektionsmaterials. 55 mal handelte es sich um Männer, 44 mal um Frauen; am häufigsten ist das Lebensalter zwischen 40 und 60 Jahren betroffen, nächstdem das Alter zwischen 30 und 40 und das zwischen 60 und 70 Jahren. Die Erkrankung beginnt meistens am Anfangsteil der Aorta, direkt oberhalb der Aortenklappen, seltener am Arcus. In den ersten Stadien findet man weiße, polsterartige Verdickungen, die in manchen Fällen schon zu Beginn auf die Ansatzlinien der Aortenklappen übergreifen. Meist sieht man bereits in diesem Stadium eine leichte Rillenbildung an der Oberfläche der Verdickung. Diese Rillen und narbigen Einziehungen nehmen bei der Ausdehnung des Prozesses an Zahl und Größe zu. Die Rillen verlaufen meist parallel der Achse der Aorta. Allmählich nimmt die Aorta die Beschaffenheit welker runzeliger Haut an. Neben den von Rillen durchzogenen Verdickungen kommen auch in den Anfangsstadien häufig Verdünnungen bis zum Durchscheinendwerden der Aorta vor, über denen die Innenhaut des Gefäßes narbige, blaugraue Farbe annimmt. Diese Narbenbildungen treten vorzugsweise am Arcus aortae auf. Bei hochgradigen Erkrankungen ist die Aorta in ein schwieliges, von tiefen Furchen durchzogenes Rohr umgewandelt, wobei meistens das Gefäßrohr starke Erweiterungen aufweist. Die Erweiterungen können auch mehr zirkumskripter Natur sein, so daß es schließlich zur Aneurysmabildung kommt. Die luetischen Veränderungen können sich auch mit den kalkulösen atherosklerotischen Veränderungen kombinieren, wodurch das Bild der luetischen Aortitis undeutlich werden kann. Während bei der Atherosklerose die Veränderungen Neigung haben, distalwärts stärker zu werden, beschränkt sich die luetische Erkrankung in der großen Mehrzahl der Fälle streng auf die Aorta thoracica, bis oberhalb der Abgangsstelle der Arteria coeliaca. In den späteren Stadien greift der Prozeß regelmäßig auf die Aortenklappen über; diese werden dadurch starr, schwielig; der Schluß der Aortenklappen wird unmöglich. Bei dem Uebergreifen des Prozesses auf die Aortenklappen, nicht selten auch früher, verengern sich die Abgangsstellen der Coronararterien, die schließlich vollständig verlegt oder bis auf feinste Oeffnung verengert sein können. In der Aorta descendens thoracica werden die Abgangsstellen der Interkostalarterien verengert und in vielen Fällen vollständig verlegt. Verf. geht dann auf die Unterschiede zwischen den arteriosklerotischen und luetischen Veränderungen der Aorta ein; er beschreibt ferner die Histologie der luetischen Aortitis; weiter erörtert er die bekannten klinischen Symptome, die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, welche in diesen Fällen fast durchweg positiv ausfällt, während die Anamnese in zahlreichen Fällen im Stiche läßt. — Schließlich betont Verf. auf Grund anatomischer Erfahrungen für die syphilitische Aortitis die Möglichkeit völliger Heilung bei rechtzeitiger spezifischer Therapie. Speziell das Salvarsan wurde u. a. von Weintraud in einer größeren Zahl von Fällen mit vorzüglichen Resultaten bei der luetischen Aortitis angewendet. R. L.

Chirurgie.

Dr. med. **F. Erne** (Freiburg i. Br.): **Funktionelle Nierenprüfung mittels Phenolsulfonphthalein nach Rowntree und Geraghty.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Verfasser prüfte die Methode von Rowntree und Geraghty zur Bestimmung der Nierenfunktion an 10 Gesunden, 4 schwangeren Frauen und 34 Fällen mit Nierenerkrankungen oder vorübergehenden Nierenstörungen. Seine Ergebnisse faßt er in folgenden Sätzen zusammen: Die Methode von Rowntree und Geraghty ist leicht ausführbar, auch vom praktischen Arzt, sogar in der Sprechstunde, und sie ist ungefährlich. Die Bestimmung mit dem Autenrieth-Königsbergerschen Kalorimeter ist sehr einfach, genau und in kaum 10 Minuten zu bewerkstelligen. Die Resultate sind zahlenmäßig mit anderen vergleichbar und dadurch lassen sich Aenderungen im Funktionszustand leicht feststellen, was keine andere Methode leistet. Sie zeigt Funktionsstörungen an, wo die Eiweißreaktion im Stiche läßt. Die Grenze der Ausscheidung bei intraglutäaler Injektion bei gesunder Niere liegt bei 45 pCt. nach einer Stunde und bei 70 pCt. nach 2 Stunden.

Dr. **Paul Herz** (Berlin-Lichtenberg): **Ueber operative Behandlung der Nierenentzündung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Verf. setzt unter Mitteilung einiger Fälle auseinander, daß die Nierendekapsulation und die Nierenspaltung sich als sicher wirksam erwiesen haben gegen Nierenkoliken und essentielle Blutungen, gegen Anurie und Urämie bei chronischen und akuten Nephritiden, daß aber Heilungen der Nierenentzündungen durch diese Operationen so gut wie nie beobachtet und auch a priori sehr fraglich sind. R. L.

Gynäkologie.

H. Fehling, Vorstand der Frauenklinik der Universität Straßburg i. E.: **Zur Behandlung der Blasenschwäche des Weibes.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 8.)

Die Blasenschwäche ist ein beim Weibe in allen Lebensaltern vorkommendes Ereignis; häufiger finden wir sie bei Frauen, die geboren haben, und zumal bei älteren Frauen im Klimakterium. Es handelt sich um eine teilweise Inkontinenz des Sphinkters der Blase, welche besonders bei Anstrengung der Bauchpresse, Husten, Niesen, Lachen, Drängen, Pressen zutage tritt. Das Leiden verhält sich meist aller Therapie gegenüber sehr hartnäckig. Verf. betrachtet nur die auf mechanischer Ursache beruhende und die rein essentielle Blasenschwäche. Von mechanischen Ursachen ist zu nennen: Verlagerung des Blasenhalses durch Rückwärtslagerung des Uterus, durch Senkung der Cervix und des Scheidengewölbes, dann Narben im Scheidengewölbe zwischen Portio und Blase, nach Operationen oder Geburten entstanden. Ehedem lieferte die rasche Dilatation der Harnröhre nach Simon mit nachfolgender Fingeraustastung, die jetzt fast gänzlich verlassen und durch die Cystoskopie verdrängt ist, ein nicht unbeträchtliches Kontingent. Die Senkung der vorderen Scheidenwand samt Cervix wirkt meist dadurch, daß durch die Senkung der vorderen Vaginalwand mit der Blase das Trigonum gezerrt wird; damit wird der an dessen unterem Ende sich anschließende Schließmuskel der Blase, welcher aus quergestreifter Muskulatur besteht, in die Länge

verzerrt, weil der vordere Teil der Sphinktergegend durch den kräftigen Bandapparat der Ligamenta pubovesicalia media und lateralia an der Symphyse befestigt ist. Andere Male sind es Tumoren, seltener Ovarialtumoren, als retrocervicale und andere Myome, welche im Beginne zunächst durch Kompression des Blasenhalses Schwierigkeit beim Wasserlassen, später beim weiteren Wachstum durch Ueberdehnung der Gegend, durch Emporzerren der Blase oder eines Zipfels derselben Blasenschwäche hervorrufen. Aehnlich wirken auch die Geburtsvorgänge. Verf. glaubt hier weniger an den Druck des Kindskopfes mit allenfallsigen Blutungen ins Gewebe und kleinen Verletzungen derselben, dann müßte nach Erstgeburten, wo der Kopf doch wochenlang im Becken steht, diese Schwäche viel häufiger vorkommen als bei älteren Frauen, die gerade nach wiederholten Geburten, zumal größerer Kinder, dieses Symptom zeigen. Es entsteht bei diesen vielmehr eine Ueberdehnung der Muskelfasern ohne völlige Restitution. In seltenen Fällen ist abnormer Chemismus des Blaseninhaltes, besonders ein stark alkalischer Urin, nicht immer durch Coliinfektion bedingt, die Ursache. Findet man bei genauer Untersuchung keines der obengenannten Momente als Ursache, dann wird man die sogenannte essentielle Blasenschwäche des Weibes anzunehmen haben, deren dunkle Entstehung meist auch der Schwierigkeit der Therapie parallel geht. Die Prophylaxe hat schon im Wochenbette zu beginnen, indem man einerseits die Wöchnerin vor allzu starker Ausdehnung der Blase bei Unvermögen, Wasser zu lassen, bewahrt, andererseits ihr nicht zu früh gestattet, sitzend ihre Bauchpresse zur Entleerung der Blase anzuwenden. Bei älteren Frauen sind prophylaktische Spülungen der Scheide mit adstringierenden Mitteln anzuwenden, ferner nützt manchmal Einlegen adstringierender Tampons ins Vaginalgewölbe. In nicht seltenen Fällen hilft eine Ringtherapie, welche den Uterus oder die Scheide in normale Lage bringt. In einigen Fällen hat Verf. durch längere Anwendung schwacher galvanischer Ströme bis zu 30 Milliampères Erfolge gesehen. Von nichtoperativen Verfahren ist hier noch die Paraffininjektion nach Gersuny anzuführen, ferner die von Stöckel empfohlene Vibrationsmassage. Sind die nichtoperativen Methoden ohne Erfolg angewendet worden, so ist die Frage eines operativen Eingriffs zu erwägen, der zwar auch unsicher im Erfolge ist, aber doch nicht selten der Patientin erwünscht kommt, welche um jeden Preis von ihrem so lästigen Leiden befreit sein will. Verf. bespricht die wesentlichen Operationsmethoden und besonders solche, über welche er eigene Erfahrungen besitzt. Kr.

Gewerbehygiene.

Dr. **Heinrich Pach**, Arzt der Landeskrankenkasse in Budapest: **Eine neue Gefahrenquelle für gewerbliche Augenverletzungen.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1913, No. 5.)

Verf. berichtet über eine neue, in den Metallfadenglühlampenfabriken häufig zu beobachtende Gefahrenquelle für gewerbliche Augenverletzungen auf Grund eigener Wahrnehmung. Diese Gefahrenquelle verdient nicht bloß deshalb erhöhte Beachtung, weil sie gewisse in Glühlampenfabriken beschäftigte Arbeiter ständig bedroht, sondern weil es sich bei ihr um die gewiß seltene Form von Metallverspritzung, entstanden auf elektrolytischem Wege, handelt. Die aus vielen Einzelarbeiten zusammengesetzte Fabrikation der elektrischen Glühlampen wird durch die sogenannte Erhitzungsprüfung der Lampen beendet. Bei derselben werden die luftleer gemachten, fertigen Glühlampen einzeln in den für ihre Aufnahme bestimmten Reihen der „Ausbrennkasten" aufgehängt, damit sie dort durch längeres, allmählich gesteigertes Glühen stabilisiert werden. Bei dieser Prüfung werden die fehlerhaften Lampen erkannt und zur Reparatur ausgehoben. Die Stromstärke, mit welcher die Erhitzungsprüfungen vorgenommen werden, beginnt im allgemeinen bei 50 Volt und wird je nach Kerzenstärke der zu prüfenden Glühlampen fünfminutenweise bis auf 120 und mehr Volt gesteigert. Die „Ausbrennrahmen" werden beiderseits mit je 100 Lampen behängt. Die Distanz zwischen zwei Ausbrennrahmen beträgt in der Regel nicht mehr als 1 m. Ein Arbeiter hat gewöhnlich ca. 10 Ausbrennrahmen mit insgesamt 2000 Glühlampen zu beobachten. Die Arbeitszeit dieser Arbeiter ist eine längere als die der übrigen, weil sie das Material zur photometrischen Prüfung vorbereiten müssen. In der von Verf. besuchten Fabrik wurden die Rahmen innerhalb eines Arbeitstages durchschnittlich sechs- bis achtmal beschickt, so daß hier ein Arbeiter per Tag 12 000 bis 16 000 Lampen zu beaufsichtigen hat und sich zwischen den viel Wärme und Licht ausstrahlenden Ausbrennrahmen ständig aufhalten muß. Diese Arbeiter trugen rauchgraue Schutzgläser; wie sie behaupteten, um sich gegen die Lichtbelästigung zu schützen. Bei näherer Betrachtung dieser Schutzbrille fand Verf., daß das rechte Glas derselben mit rauhen Auflagerungen, die sich weder wegwischen noch abkratzen ließen und augenscheinlich aus metallischem Kupfer bestanden, dicht besät war. Auf dem linken Glase, ebenso auf der Innenseite beider Gläser fanden sich Auflagerungen derselben Beschaffenheit. Angesichts dieses Befundes galt es Verf. für wichtig, den Vorgang, wie dieses Kupfer auf die Schutzbrille und, da es auch an der Innenseite der Schutzbrillengläser zu finden war, in die Augen der Arbeiter gelangen könne, zu erforschen. Es gelang ihm bald, diesbezüglich folgendes festzustellen: Da die zu prüfenden Lampen derart nebeneinander aufgehängt sind, daß die positive Elektrode der einen Glühlampe in der Nachbarschaft der negativen Elektrode der anderen Glühlampe sich befindet, so ist stets, wenn sich diese zwei entgegengesetzten Elektroden berühren, zur Entstehung eines Kurzschlusses, bei welchem das Kupfer des Leitungsdrahtes schmilzt, die Gelegenheit gegeben. Dieser Kurzschluß entsteht immer, wenn der Arbeiter die von ihm als fehlerhaft erkannte Lampe eilig aus dem Ausbrennrahmen entfernt und sie nicht nach aufwärts haltend abhebt, sondern sie herabzieht, wobei der eine Leitungsdraht derselben um so leichter mit dem Leitungsdraht der benachbarten Lampe in Berührung kommen kann. Geschieht dies, so kommt es unter schußartiger Detonation zu einer grellen Funkenbildung. Da der Arbeiter das Ausheben der Glühbirnen in einer Entfernung von ca. 25—30 cm vornimmt, so ist nicht zu verwundern, wenn das auf elektrolytischem Wege abspringende Kupfer den ihm zunächst gelegenen Teil des Arbeiters treffen kann. Aber bei diesem Arbeitsprozeß kommt es auch ohne Dazutun des Arbeiters zum Verspritzen von Kupfer und zur Gefährdung der Arbeiter. Wenn nämlich im Verlaufe der Erhitzungsprüfung die Stromstärke gesteigert wird, so pflegen fehlerhaft konstruierte Glühlampen in dem unteren Teile (dem sogenannten „Glassteg"), in welchem die Elektroden luftdicht eingeschmolzen sind, zu bersten. Hierbei schmilzt das Kupfer ebenfalls unter starker Detonation und kann in Form von Spritzern auf den zwischen den Ausbrennrahmen sich aufhaltenden Arbeiter gelangen. Der schöne Metallspiegel, der das Innere der fehlerhaften Glühbirnen sofort überzieht, spricht auch dafür, daß es sich um geschmolzenes Kupfer handelt. Da nun die Zahl der fehlerhaften Lampen eine ziemlich hohe ist, so sind die Arbeiter beim Ausbrennrahmen stets bedroht, daß ihnen ein Glas- oder Metallsplitter ins Gesicht oder Auge fährt. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Privatdozent Dr. med. et phil. **M. Kauffmann** (Halle a. S.): **Ueber ein neues Entfettungsmittel: Kolloidales Palladiumhydroxydul [Leptynol].** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Von dem Gedanken ausgehend, daß die Metalle der Platingruppe, besonders das Palladium, als hervorragende Katalysatoren, z. B. als Sauerstoffüberträger, bei manchen Erkrankungen günstig wirken könnten, prüfte Verf. die Wirkung derselben bei Fettsucht, da es sich hierbei um eine allgemeine Oxydationsstörung handelt. Von C. Paal und C. Amberger sind neuerdings die Metalle der Platingruppe in kolloidaler Form hergestellt worden, unter Anwendung von protalbinsaurem oder lysalbinsaurem Natrium als Schutzkolloide; sie zeichnen sich durch große Beständigkeit aus. Verf. prüfte zunächst eine Lösung von folgender Zusammensetzung:

Colloid. Palladium . . 1
Natr. carbon.
Natr. chlorat. . . . āā 0,4
Aq. destill. . . . . ad 100

Er injizierte sich selbst davon 2 resp. 5 mg in die Bauchgegend und beobachtete darnach mäßige Temperatursteigerung (bis 38,8° C.) bei Euphorie und 4 kg Gewichtsabnahme binnen 10 Tagen. An der Stelle der Einspritzung blieb bis heute (d. h. 2½ Jahre) ein schwarzblaue Verfärbung der Haut zurück. Versuche an Kaninchen erwiesen die Unschädlichkeit der Einspritzungen. Die entfettende Wirkung des kolloidalen Palladiums konnte Verf. an mehreren an Fettleibigkeit mit Fettherz leidenden Personen bestätigen; bei täglichen Einspritzungen von 5—7 mg wurden Gewichtsabnahmen bis zu 19 kg in drei Monaten erzielt. Die Gewichtsabnahmen wurden mit oder ohne Einhaltung einer entsprechenden Diät erreicht. Da das kolloidale Palladium wegen der Hautverfärbung zur praktischen Anwendung weniger geeignet erschien, ging Verf. über zu Versuchen mit den von C. Paal neuerdings hergestellten kolloidalen Hydroxyden der Platingruppe. Zunächst prüfte er das kolloidale Palladiumhydroxydul $Pd(OH)_2$. Verfärbungen traten dabei nicht auf, aber schon nach Injektion von 5 mg faustdicke Infiltrate der Haut mit nachfolgender Nekrose. Die Wirkung auf die Adipositas war aber die gleiche. Verf. prüfte weiter die Wirkung der kolloidalen Hydroxyde der anderen Metalle der Platingruppe (Platin, Rhodium, Iridium, Osmium, Ruthenium). Es traten darnach geringe Temperatursteigerungen auf, ferner wurde eine hämolytische Wirkung der Hydroxyde in starker Verdünnung festgestellt; am stärksten wirkt in dieser Hinsicht Palladiumhydroxydul (schon in 1 : 25 000). Bei Ruhe nach den Injektionen betrugen die Temperatursteigerungen nur wenige Zehntel Grade; zur Erzielung höherer Temperatursteigerungen war eine nicht unerhebliche Muskelarbeit notwendig. Wenn kein Fieber auftrat, blieben die Gewichtsabnahmen

aus. Vermutlich erhöhen die Platinmetallkolloide die Oxydationsvorgänge im Körper und bewirken so Zerfall von Körpersubstanz. — Es wurden nun weitere Versuche mit Suspensionen von $Pd(OH)_2$ in Olivenöl oder flüssigem Paraffin angestellt; ferner gelang es Paal und Amberger die Hydroxyde des Palladiums und Platins als Organosole, d. h. in organischen Flüssigkeiten lösliche Kolloide, darzustellen unter Anwendung des Wollfettes als Schutzkolloid. Diese Organosole lösen sich in allen Flüssigkeiten, in denen Wollfett löslich ist, z. B. Aether, Chloroform, Petroläther, Paraffin. liquid. — Verf. stellte speziell Versuche mit den in Paraffin gelösten Palladiumhydroxydulen und Platinhydroxydulen an. Er verwendete Sole, die im Kubikzentimeter 25 bezw. 50 mg Palladiumhydroxydul enthielten. Es stellte sich als zweckmäßig heraus, 50—100 mg von kolloidalem Palladium hydroxydul auf einmal zu verwenden. Die Temperatursteigerungen treten bei Verwendung der $Pd(OH)_2$-Organosole nicht mehr so plötzlich auf, aber sie halten länger an. An der Injektionsstelle tritt nur ein mäßiges, nicht schmerzhaftes Infiltrat auf, welches nach einigen Wochen zurückgeht. Färbung der Injektionsstelle ist nicht zu bemerken. Die Resorption und Ausscheidung des Palladiumhydroxyduls als Paraffinosol ist im Gegensatz zu der des Hydrosols, wie besondere Untersuchungen zeigten, eine außerordentlich langsame. Zur definitiven Anwendung erwies sich eine kolloidale Lösung von Wollfett-Palladiumhydroxydul in flüssigem Paraffin, welche 2,5 pCt. Palladium, d. h. in 1 ccm 25 mg Palladium enthält, am geeignetsten. Da das Präparat etwas dickflüssig ist, wird es zweckmäßig vor dem Gebrauch etwas erwärmt. Man kann es mittels einer mittelstarken Kanüle einer Luerspritze bequem injizieren. Es werden jedesmal 2 ccm des Präparates tief in das Bauchfell injiziert; die Patienten sollen dann an den folgenden Tagen sich reichlich Bewegung machen. Die besten Erfolge erzielt man nach Verf. durch Kombination dieser Palladiumbehandlung mit einer Marienbader Diätkur. Das Präparat wird von der Chem. Fabrik Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh., hergestellt und unter dem Namen Leptynol in den Handel gebracht (Originalpackung von 10 ccm = 5 Injektionen 15 M.). Die Injektionen werden in Intervallen von 3—14 Tagen vorgenommen. R. L.

Dr. med. **Edgar Ruediger**, Oberarzt an Dr. Büdingens Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten zu Konstanz: **Zur Frage der gerinnungsfördernden Wirkung der Gelatine.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 8.)

Bis zu welchem Grade bei innerer Darreichung von Gelatine die Gerinnungsfähigkeit gefördert werden kann, dafür führt Verf. folgenden Fall an: 55 Jahre alter Patient. Vor 25 Jahren Infektion mit Lues. Pat. leidet seit mehreren Jahren an einem großen Aneurysma des Arcus aortae, das im Laufe der Zeit an Größe enorm zugenommen hat und im Röntgenbilde fast den ganzen Thoraxraum einnimmt. Außer mäßiger Dyspnoe bei heftigeren Bewegungen, Bergsteigen usw., bestehen keinerlei subjektive Symptome. Bei der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion fiel auf, daß das Blut in der Kanüle sofort gerann, nachdem einige Tropfen hindurchgelaufen waren. Die Venenpunktion mußte deshalb an einigen Stellen wiederholt werden, um die für die Reaktion notwendige Blutmenge zu erhalten. Auch das im Reagensglas aufgefangene Blut erstarrt sofort. Untersuchungen des Hämoglobingehaltes und Zählung der Blutkörperchen sind unmöglich, weil das Blut bereits geronnen ist, wenn die Kapillare erst halb gefüllt ist. Ebenso gerinnt der Blutstropfen am Ohrläppchen innerhalb weniger Sekunden. Verf. hatte damals nicht die Möglichkeit, die Gerinnungszeit experimentell genau zu messen, das Bild war aber ein so frappantes, daß man davon absehen kann. Im übrigen wären fast alle diese Methoden nicht anwendbar gewesen, da das Blut sofort nach dem Gefäßaustritt gerann. Auf Befragen gab der Patient dann an, daß ihm vor 1½ Jahren der Genuß von Gelatine ärztlicherseits anempfohlen worden sei; er habe, da diese Vorschrift bisher nicht widerrufen worden sei, seit dieser Zeit mit großer Regelmäßigkeit täglich 36—40 g Gelatine (mit Wasser, Zitronensaft und Zucker) genommen. Mithin hatte er in der angegebenen Zeit etwa 20 kg Gelatine verbraucht und damit den geschilderten Erfolg erzielt. Man kann also daraus entnehmen, daß auch der internen Darreichung der Gelatine ein hoher prophylaktischer Wert zukommt. Man kann also aus dem angegebenen Fall in prophylaktischer Beziehung den Nutzen ziehen, daß man bei oft wiederkehrenden Blutungen vor Operationen und Geburten zweckmäßig eine längere Zeit Gelatine reicht. Kr.

Prof. **G. Coronedi**, Direktor des pharmakologischen Instituts der Universität Parma, Dr. **Gentilucci** und Dr. **Barbieri**, Assistenten des Instituts: **Die Ersatzprodukte chemischer Arzneimittel und deren Bewertung für die Pharmakotherapie.** (Archivio del Morgagni, Mai 1912.)

Die Frage der sogenannten Ersatzpräparate, als Folge der modernen Gesetzgebung auf den Gebieten des gewerblichen Rechtsschutzes und des Krankenkassenwesens entstanden, beschäftigt dauernd die interessierten Kreise. Vorliegende Arbeit stellt einen wichtigen Beitrag zu ihr vom wissenschaftlich-medizinischen Standpunkt aus dar.

Die Verfasser haben nämlich durch eine Reihe mühevoller Untersuchungen nach dem Vorgange anderer Autoren aufs neue festgestellt, daß die Ersatzpräparate regelmäßig dem nachgeahmten Produkt gegenüber nicht nur Abweichungen zeigen, sondern daß sie ihm gegenüber sogar meist äußerst minderwertig sind. Es wurde dies gezeigt an: 1. Pyramidon und seinem Ersatzpräparat, dem Diamidoantipyrin. 2. Dermatol (Bismutum subgallicum). Eines der Ersatzpräparate dieses Mittels enthielt Zinkoxyd und Zinkkarbonat und war mit Chromgelb im Verhältnis 1:100 gefärbt; das andere bestand aus mit 5 pCt. vom selben Farbstoff gefärbter Kreide; bei einem dritten wurde ein Gehalt von 3,8 pCt. Talkum nachgewiesen. 3. Airol, dessen Jodgehalt sich zu dem des Ersatzproduktes, des Bismutum oxyjodatogallatum, wie 20 zu 14—16 verhielt (Zahlen vom Ref. abgerundet). 4. Thiocol, dessen Ersatzprodukt, das Kalium sulfoguajacol., im Gegensatz zum Originalpräparat bei den Patienten erhebliche Magenreizung hervorrief. 5. Phytin. Während das Originalpräparat, Fröschen injiziert, toxisch wirkte, war beim Ersatzprodukt keinerlei derartige Wirkung zu beobachten; in Fütterungsversuchen mit Meerschweinchen rief ersteres eine dreimal so starke Gewichtszunahme wie letzteres hervor. 6. Diuretin. Schon Patta fand, daß 10 verschiedene Ersatzpräparate anstatt des normalen Theobromingehalts von 40 pCt. nur einen solchen zwischen 14 und 32 pCt. aufwiesen. Aehnliches haben die Verfasser vorliegender Arbeit durch die Vergleichung des Originalprodukts mit vier Ersatzpräparaten nachgewiesen, indem sie die diuretische Wirkung am Hunde studierten. Die wirksame Substanz des Originalpräparats = 1 gesetzt, besaßen die vier untersuchten Präparate Gehalte von 0,7; 0,5; 0,1 und 0,003 Theobromin; dem entsprachen die diuretischen Aequivalente 0,57; 0,5; 0 und 0, wenn die Steigerung der Diurese = 1 gesetzt ist. Selbstverständlich läßt sich dieses Experimentalergebnis ohne weiteres auf die therapeutische Anwendung in der Praxis übertragen. 7. Aristol. Das Originalprodukt hat einen Jodgehalt von etwa 45 pCt. und 1—3 pCt. Asche; Coronedi fand in einem Ersatzpräparat, dem Dijodthymol, einen Jodgehalt von nur 3,18 pCt., dagegen 65 pCt. Asche! Bei demselben Präparat fand ein früherer Untersucher, Patta, Jodgehalte zwischen 28 und 31 pCt. und Aschegehalte von 14 bis 19 pCt., ein Beweis, wie inkonstant selbst ein Ersatzpräparat der gleichen Herkunft zusammengesetzt sein kann!

Vorstehende Ergebnisse bedürfen keines Kommentars; sie zeigen aufs neue, daß der Arzt nur dann ein „Ersatzpräparat" ordinieren darf, wenn ihm vorher durch eine vertrauenswürdige Analyse Gewißheit gegeben ist, daß es dem Originalpräparat vollständig oder wenigstens annähernd gleichwertig ist. L.

Serumtherapie.

Prof. **B. Spiethoff** (Jena): **Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums.** (Münch. med. Wochenschr., 1913, No. 10.)

Verf. versucht neuerdings zu dermatotherapeutischen Zwecken die Einspritzung des eigenen, dem Kranken entnommenen Serums. Zwecks Serumgewinnung werden bei jugendlichen Personen 50 ccm, bei Erwachsenen 100 ccm Blut aus einer Kubitalvene in sterile Zentrifugengläser von 50 ccm Fassungsvermögen, in denen sich eine Spirale befindet, aufgefangen, 3 Minuten geschüttelt, zentrifugiert und abgesogen. In der Mehrzahl der Versuche wurde inaktiviertes, d. h. eine halbe Stunde lang auf 55—56° erwärmtes Eigenserum verwendet. Nach der Inaktivierung wurde das Serum möglichst bald demselben Patienten wieder venös eingespritzt, und zwar je nach der entnommenen Blutmenge 10—25 ccm. Wiederholt wurde dieser Eingriff im Bedarfsfalle 2—3 mal wöchentlich, im ganzen bis 6 mal. — Man findet bei Verwendung von Eigenserum alle die Reaktionen wieder, die bei Verwendung von artgleichem Serum auftreten. Eine unter Umständen heftige Allgemein- und Herdreaktion ist bei manchen Fällen nötig, um eine Besserung einzuleiten. Deshalb ging Verf. in Fällen, bei denen mit der einen oder anderen Methode bei reaktionslosem Verlauf keine Besserung zu erzielen war, zu anderen Verfahren über, die dann manchmal unter stärkerer Reaktion noch eine Besserung herbeiführten. Auch ohne Auftreten von Reaktionen erweist sich der Wechsel manchmal von Nutzen. Bei dem Wechsel der Methoden ging Verf. so vor, daß er einmal das Eigenserum durch das artgleiche Serum oder umgekehrt ersetzte, dann das inaktivierte Eigenserum vermischte mit aktivem artfremden Serum, und zwar auf 3 Teile Eigenserum 1 Teil artfremden Serums, bei Erwachsenen in der Gesamtmenge 20 bis 25 ccm. Verf. verwendete das Eigenserum mit Erfolg in einem Falle von Prurigo Hebrae, ferner bei Dermatitis herpetiformis Duhring, bei Pruritus, bei Psoriasis. Es kamen aber bei letzterer Affektion auch Versager vor. — Es scheint, daß die Einspritzung des Eigenserums eine spezifische Aenderung des Blutbildes bewirkt, die in einer starken Verminderung der neutrophilen Leukocyten und einer erheblichen Vermehrung der Eosinophilen besteht. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. April 1913.

Vorsitzender: Herr Landau.

Vor der Tagesordnung:

Herr **West** (a. G.) demonstriert Patienten mit **geheilter Tränensackeiterung**, bei denen mit Hilfe einer neuen Operation, Eröffnung des Tränensackes von der Nase aus, eine annähernde Wiederherstellung der physiologischen Verhältnisse erreicht wurde.

Diskussion:

Herr **J. Hirschberg** führt in einer längeren historischen Auseinandersetzung aus, daß eine ähnliche Methode bereits von den Griechen und Arabern geübt wurde. Eine Operation gleicher Tendenz hat Toti 1904 unter dem Namen Dakryocystorhinostomie angegeben, die auch gute Erfolge ergeben hat.

Herr **G. Gutmann**: Halle hat auf seine Veranlassung in mehreren Fällen die Westsche Operation mit ausgezeichnetem Endresultat ausgeführt. Eine Indikation für diesen Eingriff liegt nur vor, wenn Dakryocystektasie oder impermeable Strikturen des Ductus nasolacrymalis vorliegen. Zu häufiges Sondieren bei Dakryocystoblennorrhoe ist schädlich.

Herr **West** (Schlußwort): Toti erzielt mit seiner Operation nur in 50 pCt. der Fälle Erfolg, er mit seiner in 90 pCt. Diese Operation ist jedenfalls einer Monate dauernden Sondenkur vorzuziehen.

Herr **Warnekros** macht einige **kurze Mitteilungen aus der technischen und chirurgischen Zahnheilkunde.**

Durch eine Gleitschiene befähigt W. die künstlichen Gebisse, mit den Schneidezähnen zu beißen, während man dies sonst nur mit den Mahlzähnen kann. Er zeigt dies an einigen Patienten.

W. bespricht ferner eine Methode der Deckung von Defekten mit Henningscher Moulagemasse; in einem vorgestellten Falle dreht sich der Patient mit dieser Masse die Nase täglich selbst.

Endlich spricht W. über die Erfolge, die mit der zuerst von Tranner in Graz angegebenen Radiumemanationstherapie bei Alveolarpyorrhoe erzielt wurden. Die Zersetzung der Speisen hört auf, die Caries wird günstig beeinflußt.

Tagesordnung:

Die objektive Feststellung der Neuralgie in ihrer klinischen Bedeutung, die Spinalgie.

Herr **G. Zuelzer**: Wenn Kranke über Schmerzen klagen und der Druck auf die schmerzhafte Gegend als schmerzhaft angegeben wird, so muß es die erste Aufgabe des Arztes sein, festzustellen, ob diese Schmerzen durch eine Neuralgie oder sonstige schmerzhafte Affektion der äußeren Hautdecken, oder durch Erkrankung der in der Nähe der empfundenen Schmerzen liegenden tieferen Organe hervorgerufen sind. Die Feststellung der Ausbreitung des Schmerzgebietes durch die Nadeluntersuchung entscheidet diese Frage häufig überraschend schnell. In dem Vortrage werden in der Hauptsache alle die mit Spinalgie einhergehenden, auf doppelseitiger Interkostalneuralgie beruhenden Schmerzen behandelt. Spinalgie oder Spinalirritation galt früher als typisches Symptom für Neurasthenie und Hysterie. Es gibt aber vor allem drei organische Erkrankungsformen, bei denen die Spinalgie vorkommt, die Bronchialdrüsentuberkulose (Petruschky), die Insufficientia vertebrae (Schanz) und der akute und chronische Gelenkrheumatismus der Wirbelgelenke. Untersucht man in allen diesen Fällen mit der Nadel, so findet man eine doppelseitige scharfbegrenzte Interkostalneuralgie, welche logischerweise auf die zentral gelegene Wirbelsäule als den Ausgangspunkt der Erkrankung hinweist. Welche Art der Erkrankung im Einzelfalle vorliegt, ist stets besonders differentialdiagnostisch zu erwägen. Die Interkostalneuralgien sind dadurch ausgezeichnet, daß das Hautgebiet des Ramus anterior meistens von der Hyperästhesie frei bleibt. Die hyperästhetische Zone ist also von der Wirbelsäule ausgehend und dem Verlauf der Interkostalnerven folgend nach vorn begrenzt von einer etwa zwischen Mammillar- und Axillarlinie gelegenen Linie. Trotzdem die Interkostalneuralgie in den Fällen von Spinalgie stets doppelseitig durch die Nadeluntersuchung nachweisbar ist, wird sie von den Kranken fast nur einseitig empfunden. Je nach dem Sitz der Empfindung auf der linken oder rechten Seite ist Gelegenheit zu verschiedenartigen diagnostischen Irrtümern (Herzleiden, Gallensteine, Perityphlitis, Ulcus ventriculi, duodeni etc.) gegeben. Z. führt einige Fälle auf, in denen bei typischer Insufficientia vertebrae wegen vermutlicher Gallensteine oder Ulcus duodeni bereits vergeblich operiert war.

Es handelt sich bei dieser Neuralgie um eine Wurzelneuralgie, eine Radikulitis, die sich besonders bei den rheumatischen Affektionen der oberen Cervicalwirbel als die charakteristisch hyperästhetische Zone der Areae cervicales, wie sie zum Teil beim Herpes zoster beschrieben, nachweisen läßt. Aber auch bei der Radiculitis der Lumbal- und Sakralnerven ist die Nadeluntersuchungsmethode von großem objektiven Nutzen. Z. hat niemals bei einer richtigen Ischias die Hyperästhesie vermißt. In den Fällen, in denen sie nicht vorhanden war, handelte es sich stets um andere Leiden; vor allem kommen in Frage Plattfußbeschwerden mit den sekundären Myalgien. (Bericht des Vortragenden.)

---

30. Deutscher Kongress für innere Medizin

zu Wiesbaden vom 15. bis 18. April 1913.

Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

Sitzung vom Mittwoch, den 16. April 1913.

Herr **Goldmann** (Freiburg): **Der Verdauungsvorgang im Lichte der vitalen Färbung.**

G. hat mit Hilfe seiner Methode der vitalen Färbung bei den verschiedensten Tieren und unter den mannigfaltigsten Variationen der Ernährung den Verdauungsprozeß verfolgt. Schon makroskopisch lassen sich die tätigen Abschnitte des Magen-Darmkanals von den untätigen an ihrer dunkleren Färbung erkennen. Die Färbung beruht auf einer Anhäufung vital blau gefärbter Zellen, welche in ständiger Wanderung innerhalb der Darmwand begriffen sind. Als Ursprungsstätte dieser Zellen hat Vortr. das Netz, die Lymphdrüsen und die Milz gefunden. In den Lymphdrüsen und der Milz, die periodischen Funktionswechsel erfahren, erhalten diese Zellen aus zerfallenen Blutzellen wichtiges Bildungsmaterial, das bei der weiteren Verarbeitung der vom Magendarmkanal aufgenommenen Nahrungstoffe eine wichtige Rolle spielt. Neben diesen vital gefärbten Zellen hat G. andere gefunden, von denen er sicher hat zeigen können, daß die Oxydaseferment enthaltenden im Verein mit den vorhin erwähnten an der Verarbeitung der Nährstoffe teilnehmen. G. bringt die bei der Ernährung auftretende zelluläre Reaktion innerhalb der Darmwand in Beziehung zu Vorgängen im Organismus, bei denen es sich darum handelt, daß der Körper sich gegen den Eintritt körperfremder Substanzen wehrt, oder sich bemüht, dieselben in körpereigene umzuwandeln. An zahlreichen Präparaten mikro- und makroskopischer Natur erläutert er seine Ansichten.

Diskussion:

Herr **Friedrich** (Königsberg i. Pr.): Mit der vitalen Färbung, und zwar mittels Trypanblau, konnte Beut die Wanderung des Farbstoffes von einer Pleurahöhle über Mediastinum antic. und postic. verfolgen; dabei bäumt sich das Pleuraendothel förmlich auf und wandelt sich aus einem flachen in ein kubisches und schließlich in ein zylindrisches um.

Herr **K. Reicher** (Bad Mergentheim): **Ueber Fett- und Lipoidstoffwechsel bei Diabetes mellitus.**

Nach Verabreichung von reinen Triglyzeriden entsteht im Blute vorübergehend eine Vermehrung nicht nur des Fettes, sondern auch von Lezithin und Cholesterinestern. Dabei sinkt der respiratorische Quotient zunächst langsam, dann stärker, und erreicht seinen Tiefpunkt zur Zeit, wo die Fette und Lipoide im Blute rapide zu sinken beginnen. Dies scheint dafür zu sprechen, daß die Fette im wesentlichen nicht als solche, sondern einerseits gebunden an Glyzerophosphorsäure-Cholin als Lezithin, andererseits an Cholesterin als Cholesterinester verbrannt werden. Eine ähnliche Vermehrung der obengenannten Lipoide kann man zeitweise bei anämisierten und bei phosphorvergifteten Tieren sowie bei schweren Diabetikern beobachten, desgleichen in Hungerzuständen. Dies weist darauf hin, daß auch die Mobilisierung des Fettes aus den Depots heraus in Form des Lezithins und der Cholesterinester stattfindet und ihre Bildung die Vorbedingung für die Fettverbrennung bildet, ähnlich wie die Umwandlung des Glykogens in Traubenzucker der Kohlehydratverbrennung vorausgehen muß.

Beim Diabetiker kann man ebenso wie beim Alkoholiker beobachten, daß die Kurve der Lipoidvermehrung im Blute nach Fettnahrung einen langsameren Ablauf und einen höheren Anstieg zeigt (norm. Diabetes), und diese Abweichung von der Norm ist um so größer, je stärker die Azidosis ausgeprägt ist. Durch Konkurrenz mit der vorher erwähnten Fettmobilisierung in Form von Lipoiden wird die Kurve in Fällen mit starker Azidosis dahin umgeformt, daß ein Absinken bis zur Abszisse überhaupt nicht mehr stattfindet, sondern nur Gipfel mit geringen Wellentälern nachzuweisen sind.

Herr **Lüthje** (Kiel): **Bemerkungen zur Therapie des Diabetes mellitus.**

L. verabreicht 75—80 g Zucker in 4- bis 5 proz. Lösung als Tropfenklistiere, welche ohne Darmreizerscheinungen vertragen werden. Die stattgehabte tatsächliche Resorption des Traubenzuckers beweisen Anstiege des Blutzuckerspiegels auf 0,187 von 0,085 pCt. etc. Dieser Zucker wird auch verbrannt, denn der Urinzucker steigt kaum an. Nach intraportalen Zuckerinjektionen steigt der Urinzucker stärker an als nach Injektion in die Vena femoralis.

Herr **Hermanns** (Freiburg): **Ueber den Abbau der Azetessigsäure im Organismus.**

H. weist für Azetessigsäure und ihre Homologen nach, daß im Organismus sowohl die Säurespaltung unter Aufnahme eines Moleküls Wasser als auch die Ketonspaltung stattfindet.

Herr **E. Frank** (Breslau): **Der renale Diabetes des Menschen und der Tiere.**

Es ist eine noch immer umstrittene Frage, ob es in der menschlichen Pathologie einen Nierendiabetes gibt, d. h. ein Zuckerharnen trotz völliger Unversehrtheit der am Kohlenhydratstoffwechsel beteiligten Organe. Auf Grund der mit allen Kautelen durchgeführten Untersuchungen des Vortragenden läßt sich zunächst sagen, daß die Gifte Uran, Chrom, Quecksilber beim Versuchstier in kleinen Dosen konstant eine auf die Nieren zu beziehende Zuckerausscheidung hervorrufen, die längere Zeit anhält und durch Wiederholung der Dosis in gewissen Zeitabständen zu einer dauernden gemacht werden kann. Der Blutzucker bleibt dabei beim Hunde normal oder subnormal (0,103; 0,088; 0,078; 0,068). Für einige menschliche Fälle von Zuckerkrankheit (darunter drei von F. untersuchte) muß ebenfalls eine wahrscheinlich durch endogene Giftstoffe krankhaft veränderte Tätigkeit der Niere verantwortlich gemacht werden. Eine typische Form des menschlichen Nierendiabetes ist die bei manchen Frauen in der Schwangerschaft auftretende Glykosurie, die durch starke Belastung mit Amylazeen oder Traubenzucker bei fast allen Schwangeren hervorgerufen werden kann.

Diskussion zu Reicher-Frank.

Herr **Embden** (Frankfurt a. M.): Was Reicher für den Fettsäureabbau nachwies, nämlich die Verknüpfung desselben mit Lezithinbildung, stimmt nach noch nicht veröffentlichten Versuchen von E. auch für den Kohlenhydratabbau. Im Muskelpreßsaft bildet sich nach kurzem Stehen Milchsäure, obwohl der Muskel vorher weder Zucker noch Glykogen enthielt, und eine äquimolekulare Menge Phosphorsäure. Die Muttersubstanz der entstandenen Milchsäure muß daher Milch- und Phosphorsäure in äquimolekularen Mengen enthalten. Andererseits synthetisiert Trockenhefe Zucker und Phosphorsäure zu Hexaphosphorsäure. Setzt man diese Hefe zu, so zerfällt sie wieder in fast äquimolekulare Mengen Milch- und Phosphorsäure. Die Untersuchungen von Hermanns sieht E. als eine Bestätigung seiner Ansichten vom Säureabbau durch Säurespaltung an.

Herr **Lang** (St. Petersburg) hat auch bei dauernder Anwendung der Zuckerklistiere ein Heruntergehen des Urinzuckers gesehen.

Herr **Fischler** (Heidelberg): Nach Herstellung einer Anastomose zwischen Pfortader und Vena cava verträgt der Hund annähernd gleiche Mengen Dextrose und Lävulose wie vorher, dagegen erscheinen dann von Laktose und Galaktose fast 80 pCt. im Urin.

Herr **Jaksch** (Prag) hat zuerst die Azetessigsäure aus dem Harne als Kupfersalz dargestellt.

Herr **Plönies** (Hannover) hat ebenfalls mit Zuckerklistieren gute Erfahrungen gemacht.

Herr **Porges** (Wien) findet in den Frankschen Befunden seine Untersuchungen über Schwangerschaftsglykosurie bestätigt. Von diesen harmlosen Fällen sind aber diejenigen von echtem Schwangerschaftsdiabetes zu trennen, welche schlechte Prognose geben und zu Azetonurie und Fruktosurie führen.

Herr **G. Klemperer** (Berlin): Die Lipoidämie des Diabetikers ist ganz unabhängig von der Fettnahrung, ist also, wie K. im Gegensatz zu Reicher annimmt, grundsätzlich von der Verdauungslipämie verschieden. Bei stark milchigem Serum ist die Prognose des Diabetikers immer eine infauste; Lipoidämie charakterisiert ein Koma differentialdiagnostisch stets als ein diabetisches.

K. betont gegenüber Frank, daß er schon vor 18 Jahren die Grundzüge der renalen Diabetes dargelegt, zu dem er auch die Fälle von älteren Leuten mit Arteriosklerose rechnet, welche mit echtem Diabetes nicht zu verwechseln und am besten unbehandelt zu lassen sind.

Herr **Magnus-Alsleben** (Würzburg): Bei Injektion von Zucker in die Vena portae kommt es zu einer Ueberschwemmung der Leber mit Zucker und dadurch vielleicht zu einer schlechteren Ausnützung desselben als bei Injektion in die Vena femoralis.

Herr **Bacmeister** (Freiburg) konnte nur bei Diabetes eine außerordentliche Vermehrung des Cholesterins im Blute ante mortem nachweisen; bei allen anderen Krankheiten sinkt dessen Menge.

Herr **Minkowski** (Breslau) weist auf Lipoidämie nach Pankreasexstirpation hin, bei welcher auch intravenös injizierte Zuckermengen vollständig im Harn wieder ausgeschieden werden.

Herr **Bönniger** (Pankow): Der von ihm 6 Jahre beobachtete Fall von Nierendiabetes scheidet andauernd Spuren von Zucker aus; Zuckerzufuhr ist darauf von keinem Einfluß. Erbliche Momente spielen bei renalem Diabetes sicher auch eine Rolle, denn der Sohn des Patienten leidet auch daran.

Herr **Leschke** (Berlin) hat durch Leberexstirpation bei Fröschen einen Phloridzindiabetes nicht beeinflussen können.

Herr **Lichtwitz** (Göttingen) spricht über Differenzen zwischen Harn- und Blutzucker.

Herr **Reicher** (Mergentheim) [Schlußwort] hält daran fest, daß ein prinzipieller Unterschied zwischen der Lipoidämie bei Diabetes und der physiologischen nicht besteht. Für Coma diabeticum sind nebst hohem Lipoidgehalt des Blutes hohe Blutzuckermengen bei Herabgehen des Urinzuckers charakteristisch.

Herr **Lüthje** (Kiel) [Schlußwort] ist in der Verwertung der Kriterien für einen renalen Diabetes viel vorsichtiger geworden; so hält L. die Unabhängigkeit der Glykosurie von der Größe der Kohlehydratzufuhr nicht mehr für ein maßgebendes Charakteristicum. Auch bei Verwertung der Blutzuckerbestimmung sollte man vorsichtiger sein.

Herr **Herrmanns** (Freiburg): Normalerweise vermag die Leber Azetessgisäure nach dem Typus der Säurespaltung zu zerstören, im Coma diabeticum aber nur nach dem der Ketonspaltung.

Herr **Frank** (Breslau): Der von Klemperer seinerzeit beschriebene Fall ist angesichts seines hohen Blutzuckergehaltes kein echter renaler Diabetes. Nach den Versuchen v. Kontscheks werden die im Nierenprotoplasma normalerweise aufgespeicherten Zuckermengen durch den Uranreiz herausgeworfen. (Fortsetzung folgt.)

Nachtrag
zur Sitzung vom Dienstag, den 15. April 1913.

Herr **H. Lüdke** (Würzburg): **Zur Deutung der kritischen Entfieberung.**

L. weist durch Tierversuche nach, daß zur Zeit der Krise bei der Pneumonie ein rapides, sprungweises Anwachsen der Schutzstoffe im Körper, eine 10—100 fache Konzentrationssteigerung für das Phänomen der kritischen Entfieberung verantwortlich zu machen ist.

---

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.
(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **v. Haberer** (Innsbruck) bespricht an der Hand von drei mit gutem Erfolge operierten Fällen von **Ulcus pepticum jejuni** nach Gastroenterostomie diese postoperative Spätkomplikation der Gastroenterostomie. Sie ist häufiger, als man annehmen möchte. Wenn es viele Chirurgen gibt, welche diese Komplikation am eigenen Material nie gesehen haben, so beweist das nicht, daß sie nicht doch auch Ulcera peptica jejuni nach ihren Gastroenterostomien hatten. Viele dieser Patienten gehen nämlich nicht mehr zu dem Chirurgen zurück, der bei ihnen die Gastroenterostomie ausgeführt hat, sondern wenden sich einem zweiten Chirurgen zu, weil sie durch die Operation des ersten nicht die gesuchte Hilfe fanden. So hatte v. Haberer im ganzen fünfmal Gelegenheit, bei Ulcus pepticum postoperativum zu intervenieren, während nur zwei Fälle auch primär von ihm operiert waren. Man muß zwischen dem Ulcus am Gastroenterostomiering und dem Ulcus pepticum jejuni unterscheiden, da manche Erklärung für das erstere (Nekrosen im Bereiche der Schleimhautnaht, kleine Nahtabscesse im Schleimhautring usw.), für das Ulcus pepticum jejuni nicht ausreicht. Zudem werden manche sekundäre Veränderungen des Gastroenterostomieringes ganz fälschlich einem Ulcus pepticum jejuni in die Schuhe geschoben. Hierher gehören viele von den sekundären Veränderungen des Gastroenterostomieringes, wie sie z. B. nach Knopfanastomosen oder nach Anastomosen mit Naht auftreten, wobei die Anastomose im Verhältnis zur Wandhypertrophie des Magens von vornherein zu klein angelegt war. v. Haberer hat im letzten Jahre drei solcher Fälle zu operieren Gelegenheit gehabt, in denen es sich um einfache Verengerungen von Gastroenterostomiefisteln handelte, und bei denen jede Spur von irgendwelchen frischeren oder älteren Entzündungserscheinungen fehlte. Bedenkt man nun die allgemein anerkannte Hartnäckigkeit und Torpidität des Ulcus pepticum postoperativum, so ist man angesichts vollständig negativer Befunde am Gastroenterostomiering wohl nicht berechtigt, von einem abgelaufenen Ulcus pepticum zu sprechen. Diese Fälle gehören vielmehr in die Fragen der Technik, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß ein Ulcus pepticum nicht auch zur Verengerung der Gastroenterostomie führen kann. Aber man wird dann, wenn schon nicht mehr das frische Ulcus, so doch die Residuen eines Ulcus am herausgeschnittenen Anastomosenring finden. Ueber die letzte Ursache des Ulcus pepticum jejuni wissen wir nichts Sicheres, sondern sind diesbezüglich mehr oder minder auf Hypothesen angewiesen. Sicher ist bloß, daß der Hyperacidität des Magensaftes dabei eine ausschlaggebende Bedeutung zukommt.

Die drei von v. Haberer operierten Fälle von Ulcus pepticum jejuni betrafen Männer von 29, 30 und 36 Jahren, welche laut Anamnese (alle drei) jahrelang an typischen und zwar schweren Symptomen von Magenulcus litten, ehe sie in chirurgische Behandlung kamen. In allen drei Fällen wurde bei der Operation ein Ulcus am Pylorus gefunden und deshalb die Gastroenterostomie ausgeführt. Die Operation war in allen drei Fällen von anderen Operateuren ausgeführt worden, doch

konnte ermittelt werden, daß jedesmal eine Gastroenterostomia retrocolica posterior mit kürzester Schlinge angelegt worden war. Nur ein Patient fühlte sich zunächst wohl, bekam aber nach ¾ Jahren wieder starke Magenbeschwerden. Die beiden übrigen Patienten waren trotz der Gastroenterostomie nicht beschwerdefrei geworden, sondern blieben ungebessert. Der eine von ihnen kam nach einem Jahre wegen zunehmender Beschwerden zu v. Haberer. Die Diagnose konnte mit großer Wahrscheinlichkeit auf Ulcus pepticum jejuni gestellt werden. Bei der Laparotomie fand sich bei vollständig zartem Gastroenterostomiering ein Ulcus pepticum jejuni genau gegenüber der Gastroenterostomie. Das Ulcus war im Begriffe zu perforieren, so daß nur seine Resektion in Frage kommen konnte. Diese war durch die Gastroenterostomie mit kurzer Schlinge sehr kompliziert, weil dadurch die Resektion bis hart an die Duodenojejunalgrenze heranging, was die folgende Versorgung dieses Darmteiles recht sehr erschwerte. Dazu kam noch die weithin reichende Infiltration im Mesenterium, welche, durch das Ulcus hervorgerufen, die anatomische Orientierung beeinträchtigte. Die Resektion mußte wegen der weit reichenden entzündlichen Infiltration den ganzen pylorischen Magenabschnitt inklusive Gastroenterostomiefistel und die zur Gastroenterostomie verwendete erste Jejunumschlinge umfassen. Dabei konnte nun allerdings auch das alte Pylorusgeschwür entfernt werden. Die Versorgung wurde in der Weise ausgeführt, daß cardialer Magenbürzel und Duodenum blind vernäht wurden, während von den beiden Darmlumina das unmittelbar dem Duodenum benachbarte End-zu-Seit in das Jejunum, das Lumen des Jejunum End-zu-Seit in den Magen zwecks Herstellung einer neuen Gastroenterostomie eingepflanzt wurde, so daß jetzt eine Gastroenterostomie nach der Y-Methode resultierte. Glatte Heilung, Patient seither 3 Monate vollständig beschwerdefrei.

Der zweite Patient, 30 Jahre alt, war wegen Ulcus pylori gastroenterostomiert worden und nachher ¾ Jahre beschwerdefrei gewesen. Dann wieder starke Beschwerden. Diagnose Ulcus pepticum jejuni. v. Haberer laparotomierte, fand das Ulcus am Pylorus vernarbt, Gastroenterostomie zart, aber ihr genau gegenüber im Jejunum am Mesenterialansatz ein ins Mesenterium penetrierendes Ulcus pepticum, das auch mit dem Colon und Mesocolon transversum bereits innig verwachsen war. Am Magen konnte sich v. Haberer in diesem Falle mit der partiellen Resektion begnügen, da das Pylorusulcus bereits vernarbt war. Hingegen mußte außer der zur Gastroenterostomie verwendeten Jejunumschlinge, die das Ulcus pepticum trug, auch noch ein großes Stück des Colon transversum reseziert werden. Versorgung von Magen und Dünndarmlumina in ähnlicher Weise, wie im ersten Fall; die Colonstümpfe werden blind vernäht und dann eine seitliche Colocolostomie hinzugefügt. Glatte Heilung; Patient seit zwei Monaten vollständig beschwerdefrei.

Der dritte Patient hat insofern die komplizierteste Krankengeschichte, als er bereits 1905 wegen eines blutenden Ulcus pylori gastroenterostomiert worden war. Die Anastomose, mit Knopf ausgeführt, hatte sich verengert, der Patient seine alten Beschwerden behalten. Das Ulcus blieb offen. Oktober 1911 zum ersten Male von v. Haberer laparotomiert. Schweres callöses Ulcus, am Pylorus starke Stenose, Gastroenterostomie hochgradig verengert, aber ihr Ring ganz zart. Ablösung der Schlinge und neue hintere Gastroenterostomie mit kürzester Schlinge. Zunächst glänzende Erholung, seit Mai 1912 wieder starke Beschwerden und Blutung. Februar 1913 unter Diagnose eines Ulcus pepticum jejuni wieder von v. Haberer laparotomiert. Ulcus am Pylorus scheint in Ausheilung, Gastroenterostomie weit und zart, im Jejunum genau gegenüber der Gastroenterostomie ein ins Mesenterium bereits perforiertes Ulcus jejuni. Resektion nur unter querer Resektion des ganzen, die Gastroenterostomie tragenden Magenabschnittes möglich. Ulcus am Pylorus bleibt unberührt, wird nach Art der unilateralen Pylorusausschaltung versorgt. Magendarmnähte genau so, wie im ersten Fall. Heilung nach kleinem Bauchdeckenabsceß. Patient seit der Operation beschwerdefrei.

Die guten Ausgänge in diesen drei Fällen berechtigen zur Empfehlung der Radikaloperation des Ulcus pepticum jejuni in so schwer liegenden Fällen, wenngleich man ja nach einem so schweren Eingriff leider das mißliche Gefühl hat, mit dem Ulcus nicht auch die Disposition zum Rezidiv herausgeschnitten zu haben. Vielleicht hilft aber doch die beträchtliche Nervendurchschneidung bei der Resektion die Gefahr des Rezidivs herabsetzen. Für die Frage nach der Aetiologie kann aus den mitgeteilten Beobachtungen nichts Positives abgeleitet werden; immerhin ist es v. Haberer aufgefallen, daß alle drei Patienten so lange an Ulcusbeschwerden gelitten haben, ehe sie überhaupt zur Operation kamen. Es wäre immerhin denkbar, daß bei dem bekannten Circulus vitiosus, der zwischen Ulcus und Hyperacidität besteht, dadurch auch die Disposition zum Ulcus pepticum jejuni erhöht würde. Daraus würde sich allerdings dann logischerweise die Forderung nach möglichst frühzeitiger und möglichst radikaler Operation des Magenulcus ergeben. Sehr wesentlich ist strengste, interne Nachbehandlung aller am Magen Operierten.

Herr **Schmieden** (Berlin): Der Vortragende hat in Biers Klinik Studien über die Pathogenese des Duodenalgeschwürs gemacht und glaubt, daß hierfür die operative Autopsie, verbunden mit der klinischen Beobachtung, die besten Aufschlüsse zu geben imstande ist. Er hält den radiologisch so häufig beim Duodenalgeschwür nachweisbaren konstanten Wismutschatten im obersten Teil des Duodenums für einen wichtigen Hinweis auf die Aetiologie des Ulcus duodenale. Das Duodenum soll den Inhalt sehr rasch passieren lassen; dauernde Anwesenheit sauren Speisebreis führt zu Reizung und Geschwürsbildung an hierfür prädisponierten Stellen. In erster Linie führt die Formveränderung des Magens im Sinne der Ptose zu scharfwinkliger Knickung im Gebiete der Pars superior duodeni und zur Inhaltsretention; andererseits verhindert diese Knickung den Eintritt der neutralisierenden alkalischen Darmsäfte in den oberen Duodenalteil. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint das Duodenalgeschwür indirekt abhängig von der aufrechten Körperhaltung des Menschen. Auch bei dem zweiten Haupttypus der Formveränderung des Magens beim Ulcus duodeni, bei der Rechtsfixation des Pylorus, muß diese Lageveränderung der Pylorusgegend nach den Beobachtungen des Vortr. zunächst nicht als die Folge, sondern als die einleitende präexistierende Ursache des Duodenalgeschwürs betrachtet werden. Auch hierbei lassen sich abnorme konstante Duodenalfüllungen nachweisen. Es handelt sich dabei um pericolitische und pericholecystitische Verwachsungsstränge, welche die Motilitätsstörung des Pylorusgebietes herbeiführen. Es fehlt in solchen Fällen die peristaltische Selbstreinigung des Duodenums. Ein einmal vorhandenes peptisches Geschwür hält dann später stets saure Inhaltsmassen in seiner Tiefe zurück. Bei der Betrachtung dieser Veränderungen ist also bisher Ursache und Wirkung verwechselt worden.

Analogien zu dem beschriebenen Entstehungsmodus finden sich reichlich im übrigen Darmkanal. Der Vortr. zweifelt nicht daran, daß bei sorgfältiger Anwendung des Röntgenverfahrens und bei kritischer Beobachtung des operativen Befundes die Operateure bald diese Auffassung bestätigen werden, und erinnert daran, daß auch andere Begleiterscheinungen des Magen- und Duodenalgeschwürs, so die digestive Hypersekretion und Hyperacidität und vor allem auch nach v. Bergmanns Ansicht die spastischen Zustände im Geschwürsgebiet nicht mehr allein als ein Symptom der Erkrankung betrachtet werden dürfen, sondern daß sie an ihrer Entstehung ursächlich beteiligt sind.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior chronica, der Polyneuritis und der Meningitis spinalis chronica, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Differentialdiagnose. Von Dr. med. **Emil Schümer.** Langensalza 1913, Druck und Verlag von Wendt & Klauwell. (Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten, Heft 5.) 53 S. 1,20 M.

Die vorliegende Arbeit, wohl eine Doktordissertation, enthält von jeder einzelnen der im Titel aufgeführten Erkrankungen Aetiologie, Symptomatologie, klinischen Verlauf und pathologische Anatomie, jeweils mit einer Darstellung des geschichtlichen Werdens der Erkenntnis von jedem einzelnen Krankheitsbild; die Anführung der verdienten Forscher liefert zusammen mit dem angehängten Literaturverzeichnis den Beweis für das Studium aller einschlägigen Veröffentlichungen.

Das Ganze ist übersichtlich angeordnet und klar dargestellt. Besonders die recht schwierige Aufgabe, differentialdiagnostische Merkmale aufzufinden, hat der Verfasser instruktiv gelöst: Er weist dabei zunächst auf die ätiologischen Momente, dann auf die Beteiligung der sensiblen Nervenbahnstörungen hin; unter den motorischen Symptomen lenkt er die Aufmerksamkeit auf die Art ihrer Entwicklung, die Lokalisation und die Intensität der Paresen hin, wobei er dem Verhalten der elektrischen Erregbarkeit einen besonderen Wert beimißt. Naturgemäß wird der Untersucher auch durch diese Fingerzeige die schwierigeren Fälle ohne längere Beobachtung einer bestimmten Krankheitsgruppe zuweisen können. — Wie sich übrigens der Autor und mit ihm diejenigen, die derselben Meinung sind, eine „besonders starke Affinität des Bleies zu motorischen Nervenelementen" vorstellt, ist mir nicht recht klar. —

Die drei Demonstrationsfälle, die den Schluß bilden, sind mit ihren Erläuterungen wohl das Beste in der Monographie.

W. B.

Anzeichen und Gegenanzeichen der internen Behandlung des Kropfes. Von Dr. **Wilhelm Hagen** (Nürnberg). Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 13, H. 3. Würzburg 1913, Verlag von Curt Kabitzsch. 24 S. 0,85 M.

Verf. gibt in der Abhandlung in dankenswerter Weise einen Ueberblick über die Ergebnisse, welche durch die neueren Forschungen bezüglich der internen Behandlung der Struma zutage gefördert sind. Wir sind jetzt einigermaßen in der Lage, die Fälle, in denen eine interne Behandlung angezeigt ist, von

denen abzugrenzen, die Gegenstand der chirurgischen Behandlung sein müssen. In erster Linie kommt eine interne Behandlung, und zwar mit Thyraden, Jodothyrin usw. in Frage bei allen Hyperthyreosen, ferner bei Pubertäts- und Schwangerschaftsstrumen. Kontraindiziert ist jede innere Behandlung in Fällen, wo bereits Störungen mechanischer Art durch den Kropf vorliegen, also bei Trachealstenose, Kreislaufstörungen, mechanischem und dyspnoischem Kropfherz; ferner da, wo ausgesprochene toxische Symptome vorhanden sind, wie thyreogenes Kropfherz. Bei der Behandlung hyperthyreotischer Zustände stellen u. a. Phosphorpräparate (Natrium phosphoricum, Protylin) wertvolle Hilfsmittel dar. Die Röntgenbestrahlung in der Kropftherapie hält Verf. mit den meisten Autoren für entbehrlich, in vielen Fällen für schädlich. R. L.

Der Geburtenrückgang — eine Kulturfrage. Von Dr. med. **Hermann Rohleder** in Leipzig. Berliner Klinik, Heft 297, März 1913. Berlin W. 35, Fischers medizin. Buchhandlung (H. Kornfeld). 35 S. 1,20 M.

Die durch die Statistik erwiesene Tatsache, daß im Deutschen Reiche seit einer längeren Reihe von Jahren die Zahl der Geburten ständig zurückgeht, beginnt neuerdings in weiteren Kreisen ernstere Besorgnis für die Zukunft hervorzurufen. Man beschäftigt sich besonders in den Regierungskreisen damit, den Ursachen für diese Erscheinungen nachzugehen und wie z. B. Bornträger Maßregeln dagegen zu fordern. Demgegenüber wird von anderen, und hierzu gehört der Verfasser der vorliegenden Schrift, darauf hingewiesen, daß der Geburtenrückgang eine Erscheinung ist, die mit der Zunahme von Wohlstand und Bildung überall eintritt und daher gegenwärtig bei allen Kulturvölkern beobachtet wird, und zwar um so ausgesprochener, je höher ihre Kultur ist. Der Geburtenrückgang ist ferner so lange kein Nachteil für ein Volk, als auch die allgemeine Sterblichkeit, insbesondere die Kindersterblichkeit, ständig sinkt und daher ein erheblicher Ueberschuß der Zahl der Geborenen über die der Sterbenden bestehen bleibt. Dies ist aber z. B. bei uns, wie Verf. zahlenmäßig nachweist, noch immer der Fall. So hatte Deutschland von 1872—75 40 Promille Geburten, 27,9 Prom. Sterblichkeit, also 12,1 Prom. Gevölkerungszunahme; dagegen von 1901—05 34,4 Prom. Geburten, 19,9 Prom. Sterblichkeit, also 14,5 Prom. Bevölkerungszunahme. Endlich ist bei geringerer Kinderzahl der Gesundheitszustand nicht nur der Kinder, sondern auch der Eltern selbst besser, weil die Lebenshaltung eine bessere ist; mit sinkender Kinderzahl wird also ihre Qualität notwendig steigen. Der Geburtenrückgang in seinen bisherigen Grenzen bedeutet also keinen „Rassenselbstmord", sondern eine Rassenverbesserung. Die vernünftige Einschränkung der ehelichen Kinderzahl — aus ökonomischen und gesundheitlichen Gründen — ist daher nach Verf. nicht zu bekämpfen. Zu bekämpfen ist nur die Zunahme der unehelichen Geburten, welche gleichzeitig mit der Abnahme der ehelichen fast überall bei uns eingetreten ist, weil die unehelich Erzeugten infolge der mangelhaften Ernährung und Erziehung in jeder Hinsicht minderwertiger zu sein pflegen als die ehelichen Kinder. Der Kampf muß ferner gelten der Kindersterblichkeit, der kriminellen Fruchtabtreibung und den Geschlechtskrankheiten. Auf diese Weise ist auch bei verminderter Kindererzeugung ein Geburtenüberschuß und eine gesunde und tüchtige Nachkommenschaft zu erwarten. — In der Sache kann man den Ausführungen des Verfassers fast durchweg beistimmen. Nur in stilistischer Beziehung gibt die Abhandlung zu Ausstellungen Veranlassung. Die Ausdrucksweise ist stellenweise nachlässig; auch hätten manche Wiederholungen vermieden werden können. In einer Schrift, die für weitere Kreise bestimmt ist, sind auch derartige Aeußerlichkeiten von Bedeutung. R. L.

V. Feuilleton.

Medizinische Erfahrungen aus dem Balkankriege.

Vortrag, gehalten auf dem Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerztevereins am 8. Mai 1913.

Von

Dr. **Alfred Frank** (Charlottenburg).

M. H.! In den 5 Monaten, in denen ich auf dem Kriegsschauplatze tätig war, hat mich mein Weg geführt von Athen nach dem eben von den Griechen eroberten, minarettgekrönten Saloniki, dem alten Thessalonike Alexander des Großen, von dort zurück nach Athen und an den uns wohlbekannten Erinnerungsstätten unserer Schulzeit Salamis, Eleusis, Megara, Korinth vorüber nach Levkas, dem St. Maura der Venetianer, dem alten Ithaka des Odysseus. Von Levkas aus sind wir nach dem rauhen, sturm- und schneedurchwehten Epirus gekommen, in dem die griechischen Truppen in wochenlangem Ringen vor Janina lagen. Auf der Rückreise haben wir uns einige Zeit in Athen aufgehalten und am Schluß Olympia und Korfu besucht.

In dieser langen und an Strapazen und Entbehrungen außerordentlich reichen Zeit haben wir eine Fülle neuer Eindrücke in uns aufgenommen, allgemeiner, politischer, sozialer Natur; wir haben im Verkehr mit den verschiedensten Nationen unseren Gesichtskreis erweitert und reiche Erfahrungen gesammelt. Ueber alles dies zu berichten muß ich mir am heutigen Abend versagen und behalte mir das für eine andere Gelegenheit vor. Wenn ich der Aufforderung des Herrn Schriftführers nachkomme, Ihnen im Rahmen eines kurzen Demonstrationsabends meine medizinischen Erfahrungen zu berichten, so kann auch dieses nur in Kürze und fragmentarisch geschehen.

Ich hatte in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Kohts im Auftrage der damaligen Kronprinzessin Sophie von Griechenland ein Etappen-Lazarett, zuerst in Saloniki und später in Levkas, zu leiten. Die Abteilungen der beiden leitenden Aerzte waren vollkommen voneinander getrennt und nur die ökonomische Verwaltung war eine gemeinsame. Beigegeben waren uns mehrere jüngere Kollegen und Dolmetscher; den Pflegedienst versahen Viktoriaschwestern aus Berlin und englische Schwestern vom London-Hospital. Von vornherein sei bemerkt, daß sich die Schwestern, die vorzüglich ausgebildet waren, auf das glänzendste bewährt haben.

M. H.! Ich halte es für wichtig zu bemerken, daß diese beiden Hospitäler als Etappenlazarette in der mittleren Linie gedacht waren, zwischen den Frontlazaretten und den Heimatshospitälern in Athen. Es ist dies wichtig zu wissen, weil sowohl die Tätigkeit, als auch die Resultate im wesentlichen bedingt sind durch die Lage bezw. die Entfernung vom Schlachtfelde. Es ist ganz natürlich, daß in den vorderen Lazaretten die dringenden Operationen, hervorgerufen durch Blutungen, prävalierten, während in den Heimatlazaretten, die, ausgestattet mit allen technischen Vollkommenheiten und in ihrer Tätigkeit fast Friedenshospitälern gleichend, mehr die Spätoperationen, wie Aneurysmen, Nervenverletzungen, Plastiken usw., zur Behandlung kommen mußten. In den vorderen und mittleren Lazaretten dürfen nur die allerdringendsten Operationen ausgeführt werden. Die Einfachheit, mit der derartige Lazarette hergestellt sind, die mangelnde Asepsis, die durch die Ansammlung großer Mengen eiternder Wunden dort naturgemäß herrschen muß, verbietet es, Operationen vorzunehmen, die nicht durch Blutung oder Eiterung auf das allerdringendste geboten sind. Der Individualität des Operateurs ist in der vorderen und mittleren Linie die größte Beschränkung auferlegt, und es hat daselbst der strikteste Schematismus zu herrschen. Aehnlich wie die Tätigkeit, sind auch die Resultate in den einzelnen Lazaretten bezüglich der Mortalität außerordentlich verschieden. Wie v. Oettingen bereits in der Berliner Gesellschaft für Chirurgie betont hat, muß ich davor warnen, die geringfügigen Mortalitätsziffern, die aus einzelnen Heimatslazaretten veröffentlicht sind, zu verallgemeinern. Je weiter an das Gefechtsfeld heran die Lazarette liegen, desto größer wird naturgemäß die Verlustziffer sein. Einen kleinen Beweis dafür möchte ich Ihnen geben aus unserem ersten Transport, den wir in Saloniki erhielten. Am Tage unserer Ankunft daselbst flog ein Pulverturm mit 600 Türken in die Luft. Wir waren kaum installiert, als wir in der Nacht die ersten fürchterlich zugerichteten Verwundeten erhielten; es waren dies scheußlich verletzte Soldaten mit aufgerissenen gequetschten Wunden, mit multiplen komplizierten Frakturen. Unsere erste Tätigkeit bestand darin, die Toten von den zweirädrigen Karren herunterzuholen, auf denen sie stundenlang zwischen Verwundeten gelegen hatten. Von diesem Transport haben wir eine erschreckend hohe Mortalität gehabt, die unsere Gesamtverlustziffer auf das erheblichste belastete. Im allgemeinen darf man wohl sagen, daß unabhängig von der Tätigkeit und Tüchtigkeit der Operateure die Mortalitätsziffer umgekehrt proportional sein wird zur Entfernung vom Schlachtfeld.

Wie aus allen Berichten hervorgeht und wie auch wir bestätigen können, ist gegenüber früheren Zeiten die chirurgische Tätigkeit eine stark konservative geworden. Amputationen und verstümmelnde Operationen sind ganz erheblich weniger geworden, und ich mußte das Anerbieten einer bekannten Berliner Firma, mir bei der Abnahme von 12 Dutzend Oberschenkelstümpfen einen Rabatt zu gewähren, mit Dank als unnötig ablehnen. Wenn wir uns nach den Gründen fragen, die eine abwartende Therapie in der Kriegschirurgie als berechtigt und notwendig erscheinen lassen, so kommen m. E. zweierlei Gründe zunächst dafür in Betracht: 1. die einfacheren Wunden, die gesetzt werden, und 2. deren bessere Heilungsbedingungen. Wenn ich von den einfacheren Wunden spreche, die gesetzt wurden, so meine ich damit lediglich das Infanteriegeschoß; ausnehmen muß ich die Shrapnells- und Granatsplitterverletzungen, die ausgedehnte Weichteilaufreißungen hervorrufen und auch zu späteren Amputationen Veranlassung geben. Das Infanteriegewehr (S.-Geschoß) hat eine große Rasanz. Wir sahen Verletzte, die durch eine Kugel mehrfach verwundet waren, z. B. einen Schuß, der an der Schulter eindrang, die Lunge durchschlug und im Rückenmarkskanal stecken blieb; einen Schuß, der den Oberschenkel von außen nach innen passierte, quer durch das Skrotum wanderte, um endlich im anderen

Oberschenkel ein Domizil zu finden. Aber trotz dieser starken Rasanz ist das Geschoß doch als ein humanes zu bezeichnen. Wir haben Fälle beobachtet, in denen die Kugel, das Schädelinnere vom Parietale aus glatt durchschlagend, einmal im Kinn, ein anderes Mal in der Highmorshöhle stecken geblieben war. Wesentliche Funktionsstörungen waren nicht festzustellen. Auch bei Brust- und Bauchschüssen konnten wir oft nur eine kleine reaktionslose Ein- und Ausschußöffnung feststellen.

Als zweite Ursache einer konservativeren Tätigkeit möchte ich zweifellos eine vereinfachte und verbesserte Verbandtechnik bezeichnen, durch die wir gelernt haben, relativ häufig sekundäre Infektionen zu vermeiden.

Schon gleich in und hinter der Front hat es der griechische Soldat sehr gut verstanden, sich seines Verbandpäckchens, das nach französischem Muster angefertigt ist, zu bedienen, und wir sahen häufig Leute, deren Wunden nur unter diesem Verbandpäckchen vollkommen geheilt waren. Auch in den vorderen Lazaretten hat man es gelernt, durch möglichst geringes Malträtieren der Wunden einer sekundären Infektion vorzubeugen: Man hat im wesentlichen, und das ist außerordentlich wichtig, alles Sondieren, alles Spülen mit Wasser und Antisepticis bei frischen Wunden unterlassen und in den meisten Fällen von Jodtinktur und Mastisol Gebrauch gemacht. Das letztere hat insofern noch einen Vorteil geboten, als es nicht nur der Einwanderung der Bakterien, sondern auch der Hochflut des fürchterlichen Ungeziefers einen Damm entgegengesetzt hat. Nicht zum geringsten sind die besseren Erfolge der fleißigen Anwendung fixierender Verbände (Gipsverbände), und zwar nicht nur bei Frakturen, sondern auch bei größeren Weichteilverletzungen, zu verdanken. M. H.! Vom ersten Verband, den der Verwundete auf dem Truppenverbandplatz erhält, hängt im wesentlichen sein ganzes späteres Schicksal ab. Immer und immer wieder muß darauf hingewiesen werden, wie wichtig es ist, daß die dort tätigen Aerzte in der Lage sind, sachgemäße und gut sitzende Gipsverbände anzulegen. Die griechische Militärsanitätsverwaltung hat, dieser Ueberlegung Rechnung tragend, einen ganz besonders tüchtigen Chirurgen in die Front geschickt, dessen einzige, aber außerordentlich verantwortungsreiche Tätigkeit darin bestand, dafür Sorge zu tragen, daß anständige Gipsverbände angelegt wurden, mit denen die Verwundeten befähigt waren, die oft tagelange Reise in die Heimatslazarette auf holprigen Gebirgswegen zu überstehen. Was man in dieser Beziehung anderwärts an Gipsverbänden gesehen hat, das spottet jeder Beschreibung. Auch wir, m. H., sollten in militärärztlichen Kursen und in den Uebungen, die die Aerzte des Beurlaubtenstandes zu leisten haben, immer und immer wieder auf die außerordentliche Wichtigkeit des Gipsverbandes Gewicht legen, deren Erlernung für den Feldarzt viel wichtiger ist, als die Ausführung komplizierter Operationen, zu denen er doch keine Gelegenheit haben wird. M. H.! Durch die eben angedeuteten Maßnahmen ist eine sekundäre Infektion zweifelsohne vermindert, natürlich keineswegs vermieden worden. Wie ich schon oben andeutete, sind es namentlich die Artillerieverwundungen, die zu ernsteren Eiterungen Veranlassung gaben.

Allgemeininfektionen haben wir selten beobachtet; wir haben Tetanus nicht gesehen und nur verschwindende Fälle von Erysipel gehabt.

Gehen wir nun zu einer kurzen Betrachtung der Wunden der einzelnen Körperteile über, so wird es Sie interessieren, zu erfahren, daß zwei große Körperhöhlen — im Gegensatz zur Friedenschirurgie — für Operationen im Kriege so gut wie gar nicht in Betracht kommen. Das eine ist das Abdomen und das andere der Thorax. Die Operationsprognose bei Bauchschüssen ist eine außerordentlich schlechte; man kann in den vorderen Lazaretten unmöglich die Asepsis so beherrschen, wie in Friedenshospitälern; die Soldaten kommen außerdem häufig zu spät in die Behandlung. So hat sich denn ergeben, daß bei einer abwartenden Therapie die Erfolge erheblich besser sind unter Ruhigstellung der Eingeweide durch Nahrungsentziehung, Opium und Morphium. Beweisend war es mir, daß ich im Etappenlazarett reichlich Fälle sah, die konservativ zur Heilung gekommen waren, und auch nicht einen einzigen operierten Bauchschuß zu Gesicht bekam. Nur einmal mußte ich wegen eines Spätabscesses zum Messer greifen.

Genau wie bei den Bauchschüssen liegt die Sache beim Thorax. Penetrierende Lungenschüsse sind eine häufige Verletzung. Sie geben Veranlassung zu starker Blutansammlung im Brustfellraum, bieten schwere Krankheitsbilder mit andauernd hohen Temperaturen. Auch hier ist absolut abwartende Therapie indiziert. Selbst Punktionen und Aspirationen des geronnenen Blutes soll man — jedenfalls vor Ablauf von drei Wochen — vermeiden. Wir haben eine große Anzahl von penetrierenden Lungenschüssen nur durch Ruhigstellung des Thorax zur Heilung gebracht und nur einmal mußten wir bei einem Manne eingreifen, bei dem es zu einer Gangrän der Lunge und konsekutivem Empyem gekommen war.

Ebenso abwartend wie bei diesen beiden großen Körperhälften soll man sich bei einer anderen Gruppe von Erkrankungen, den außerordentlich häufigen Erfrierungen der unteren Extremitäten, verhalten. Wir haben viele derartige Krankheitsbilder zu Gesicht bekommen. Die griechischen Soldaten, die zum Teil den Schnee nur vom Hörensagen kannten, haben in den Trancheen vor Janina bei dem entsetzlichen Winterwetter außerordentlich viel unter der Kälte zu leiden gehabt. Zwangen mich nicht progrediente Prozesse zum Einschreiten, so habe ich so lange wie möglich mit der Operation gewartet, bis eine vollkommene Demarkation erfolgt war. Das Schuhzeug der griechischen Soldaten war kein einheitliches. Man ließ im wesentlichen die Soldaten in dem ihnen gewohnten Schuhwerk gehen. Ich werde Ihnen vieleicht nachher einige Bilder zeigen können, auf denen Sie Ephsonen mit Schnabelschuhen und Pompons auf denselben als Fußbekleidung im Kriege sehen können.

Ein besonders trauriges Bild boten die Rückenmarksschüsse. Ich glaube nicht, daß sehr viel Verwundete mit dieser Verletzung mit dem Leben davongekommen sind. Es ist auch sehr schwer, in den vorderen und hinteren Lazaretten, wo man meist keine Röntgenapparate zur Verfügung hat, festzustellen, ob es sich um eine quere Durchtrennung des Rückenmarks oder nur um eine Kompressionslähmung handelt. Im ersteren Falle ist natürlich auf eine Laminektomie, als vollkommen aussichtslos, zu verzichten. Die meisten derartiger Kranken dürften wohl an den Folgen ihrer Lähmungen, an dem Dekubitus mit oder ohne Operation zugrunde gegangen sein.

Entsetzliche Bilder boten auch die Verletzungen des Gesichts und der Mundhöhle, namentlich, weil in der letzteren häufig eine Explosionswirkung des Geschosses Platz greift. Ich erinnere mich eines schauderhaft zugerichteten Menschen, dem der harte und der weiche Gaumen vollkommen zerfetzt, der Unterkiefer zerschmettert und der Oesophagus durchschossen war. Unter großer Mühe haben wir diesen Kranken zur Heilung gebracht.

M. H.! Die Haupttätigkeit chirurgischer Art liegt, soweit sie die Operation betrifft, in Eingriffen am Schädel und in Operationen an den Extremitäten.

Es liegt in der Natur der Sache, daß die Trepanationen wegen Blutungen und Depressionsfrakturen hauptsächlich dicht hinter der Front vorgenommen werden. Auch hier sollte man sich auf das unbedingt Notwendigste beschränken und vor allen Dingen trepanierte Patienten nicht zu schnell nach rückwärts weitertransportieren. Ich möchte dabei eines Falles erwähnen, dem wegen einer Granatsplitterverletzung die Schädelhöhle eröffnet wurde, der bereits nach 5 Tagen angeblich bei vollem Wohlsein weitertransportiert wurde. Bei uns kam er nach einem zweitägigen Transport mit Nackensteifigkeit und Druckpuls an und es fand sich neben einer allgemeinen Meningitis ein pflaumengroßer Absceß in der Tiefe der Fossa sylvii. Trotz sofortiger Eröffnung desselben erlag der Patient seiner Meningitis, vielleicht eine Folge des frühzeitigen Transportes.

Die Haupttätigkeit der Chirurgen besteht ferner in der Behandlung der Extremitätenverletzungen. Als spezifische Kriegsverletzungen möchte ich Ihnen die Aneurysmen bezeichnen, bei denen man im wesentlichen sich wohl auf die Unterbindung und Exstirpation des Aneurysmasackes beschränken sollte. Nur in wenigen Fällen hat man von der Gefäßnaht Gebrauch machen können. Ich war in einem Falle gezwungen, nach einer Durchschießung der Arteria poplitea, die in ihrer ganzen Zirkumferenz verletzt war, die Amputation des Oberschenkels anzuschließen, da bereits 2 Tage nach der Verwundung sich eine totale Gangrän des Beines etabliert hatte.

Den größten Prozentsatz der Extremitätenverletzungen bildeten bei uns im Etappenlazarett die Schußfrakturen und die Weichteilverletzungen. Bei ersteren haben wir relativ häufig konservative Operationen (Inzisionen, Sequestrotomien, Arthrotomien) vornehmen müssen und haben im reichsten Maße bei vereiterten Wunden vom gefensterten Gipsverband Gebrauch gemacht. Besonders viel haben wir eine Weichteilsverletzung der unteren Extremität behandeln müssen, nämlich die häufigen Wadenschüsse. Dieselben haben Veranlassung gegeben zu starken Hämatomen, späteren Abscessen, Muskelsequestern und Arrosionsblutungen. (Schluß folgt.)

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Nach einer Zeitungskorrespondenz beabsichtigt die preußische Regierung, um den Schwierigkeiten, die infolge des Streites zwischen den Krankenkassen und Aerzten entstanden sind, ein Ende zu machen, für die Zwecke der öffentlichen Versicherungen der Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Hinterbliebenen- und Angestelltenversicherung 3000 Aerzte als **beamtete Aerzte** zu bestellen. Wir registrieren diese Nachricht, trotzdem wir sie lediglich für einen Versuchsballon halten.

— Das Staatsministerium hat zur Bekämpfung der **Diphtherieepidemie** im Landespolizeibezirk Berlin unter dem 28. April 1913 bestimmt: „Mit Rücksicht auf das epidemische Auftreten der Diphtherie im Landespolizeibezirk Berlin werden auf Grund der Vorschriften in dem § 7 des Gesetzes betr. die

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 hiermit die im § 6 Abs. 1 enthaltenen Bestimmungen, soweit sie die Krankheitsermittelungen behandeln, für den Landespolizeibezirk Berlin auf die Diphtherie bis auf weiteres ausgedehnt."

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Von der Italienischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie ist Prof. Dührssen zum Ehrenmitgliede und Prof. Dr. Paul Strassmann zum korrespondierenden Mitgliede ernannt worden.

— Auf dem Hofe des Kinderhauses, seiner Schöpfung, wurde in der vorigen Woche die Büste des vor einem Jahre verstorbenen hervorragenden Kinderarztes Prof. Hugo Neumann, des Verfassers der bekannten Briefe über die Behandlung der Kinderkrankheiten, mit einer schlichten Feierlichkeit enthüllt.

Brandenburg a. H. Der Arzt Dr. W. Zimmermann erlag einer Infektion, die er sich bei Ausführung einer Operation zugezogen hatte.

Kiel. Dr. E. Konjetzny hat sich für Chirurgie habilitiert.

Hildesheim. Med.-Rat Dr. E. Becker ist zum Direktor und chirurgischen Oberarzt des städtischen Krankenhauses ernannt worden.

Dresden. Prof. Dr. H. Conradi hat sich an der Technischen Hochschule für Bakteriologie habilitiert.

Wien. Dr. Kupelwieser, dessen großartigem humanitären Sinne die biologische Forschung bereits viel verdankt, ist zum Ehrendoktor der Philosophie ernannt worden.

— Primarius Dr. S. Kornfeld hat für seine Arbeit über: „Das Rechtsgefühl, erkenntniskritisch und psychologisch untersucht" etc. den **ersten Preis** der Kantgesellschaft (1500 M.) erhalten.

Budapest. Dr. M. Goldzieher hat sich für pathologische Anatomie, Dr. K. Lang für Rhinologie habilitiert.

Bern. Der Privatdozent der Gynäkologie Dr. R. Dick ist gestorben.

— Dr. E. Landau hat sich für Anatomie habilitiert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der 4. **Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie** findet vom 14. bis 18. April 1914 in New York City statt. Die amerikanischen Kollegen beabsichtigen für die Mitglieder des Kongresses eine Reise durch die Hauptstädte Nordamerikas zu veranstalten. Die ganze Abwesenheit von Europa würde infolgedessen ca. 4 Wochen beanspruchen.

Als Verhandlungsthemata für den Kongreß sind in Aussicht genommen: 1. Ulcus ventriculi et duodeni. Referenten: de Quervain, Hartmann, Lecène, Mayo, Moynihan und Payr. 2. Pfropfung und Transplantation. Referenten: Morestin, Villard, Ulmann, Lexer und Carrel. 3. Amputationen. Referenten: Witzel, Ceci, Kuzmik und Binnie. Delegierter für Deutschland ist Geheimrat Prof. Dr. Sonnenburg, Berlin W., Hitzigstr. 3, welcher gern bereit ist, jede auf den Kongreß bezügliche Auskunft zu erteilen.

Gerichtliches.

Straßburg i. E. Vor der hiesigen Strafkammer hatte sich ein Krankenbehandler wegen **Betruges** zu verantworten. Er hatte Patienten gegenüber sich den Anschein einer approbierten Medizinalperson gegegeben und auch in Anzeigen in Tageszeitungen, in denen er sein Institut als „Biologisches medizinisches Ambulatorium für sämtliche Geschlechtskrankheiten" bezeichnete und Behandlung mit Ehrlich-Hata 606 in Aussicht gestellt hatte, auf eine Täuschung des Publikums hingearbeitet. Das Gericht verurteilte ihn zu einer Geldstrafe von 200 Mark.

Verschiedenes.

Düsseldorf. Der **Kursus** über Diagnostik, Pathologie und Therapie der **Krankheiten des Herzens** und der Gefäße, welcher unter Leitung von Prof. Aug. Hoffmann alljährlich an der Medizinischen Klinik der Akademie für praktische Medizin abgehalten wird, wird vom 20. bis 29. Oktober stattfinden. Nähere Auskunft erteilt das Sekretariat, Moorenstraße.

Wiesbaden. Die seit 2 Jahren bestehende „Deutsche Gesellschaft für **Kaufmanns-Erholungsheime**", die im vorigen Jahre je ein Erholungsheim im Ostseebade Misdroy und in Traunstein im bayerischen Hochgebirge errichtete, hat soeben ihr drittes und ihr viertes Erholungsheim in Salzhausen und im Taunus bei Wiesbaden eröffnet. Bei der Einweihung des letzteren, das den Namen „Kaiser-Wilhelm-Heim" erhalten hat, war der preußische Handelsminister zugegen, der die Feier mit einer Ansprache eröffnete. — Die Gesellschaft verfügt über ein Stiftungskapital von ca. 2½ Millionen Mark und ca. 174 000 M. jährliche Beiträge.

Bern. Das Schweizer Volk hat in der Volksabstimmung vom 1. Mai die Ergänzung des **Epidemiengesetzes** (Revision des Artikels 69 der Bundesverfassung) angenommen, das dem Bunde vermehrte Befugnisse zur Bekämpfung menschlicher und tierischer Krankheiten erteilt. Namentlich drei Krankheiten (Tuberkulose, Krebs, Kretinismus) haben die Bundesbehörden veranlaßt, eine erweiterte Fassung obigen Artikels vorzuschlagen.

VII. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: San.-Rat Dr. A. Scheele in Schwelm.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Ordentl. Professor Geh. Med.-Rat Dr. A. Heffter in Berlin, Marineoberstabsärzte a. D. W. Riegel, bisher vom Sanitätsamt der Marinestation der Ostsee, und Dr. R. Evers, bisher von der Marinestation der Nordsee.

In den Ruhestand getreten: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Altendorf in Prüm.

Gestorben: Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann in Hameln, Dr. F. Löwenstamm in Charlottenburg, San.-Rat Dr. A. Hamann in Jerichow, R. Uterwedde in Erxleben, Dr. K. Redecker in Koblenz.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. L. Matt, Oberstabsarzt a. D., in Bruchmühlbach, B.-A. Homburg, O. Harstrick in Fürth, Dr. Friedrich Müller in Mitteldachstetten, B.-A. Ansbach, Dr. E. Scheidemandel in Nürnberg, H. Theis in Arzberg, B.-A. Wunsiedel.

Verzogen: Dr. L. Fuhrmann von Roth nach Cöln, Dr. E. Heim von Gerolzhofen nach Oberndorf bei Schweinfurt.

Gestorben: Dr. J. Merx in Bamberg.

Württemberg.

Ernannt: Dr. R. Kübel zum zweiten ärztlichen Mitglied des Vorstandes der Versicherungsanstalt Württemberg unter Verleihung des Titels und Ranges eines Medizinalrates.

Versetzt: Direktor der Heilanstalt Zwiefalten Med.-Rat Dr. Krimme in gleicher Eigenschaft an die Heilanstalt Weissenau.

Baden.

Niedergelassen: Dr. Th. Oettli in Baden, Dr. M. Brügelmann in Konstanz, Dr. W. Mirauer und Dr. G. Wendel in Mannheim.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Noeggerath in Berlin zum etatsmäßigen außerordentlichen Professor der Kinderheilkunde in Freiburg i. Br.

Praxis hat aufgegeben: Dr. J. Wirth und Geh. Rat Prof. Dr. F. Kehrer in Heidelberg.

Verzogen: Dr. H. Preusse von Freiburg, Dr. B. Hecht und Dr. M. Hedinger von Heidelberg, Dr. L. Hasbach von Handschuhsheim, Dr. Klara Ehrmann von Kork nach Vorderelz (Württemberg), Dr. R. Stürmer von Konstanz, Dr. A. Steiger von Schönau i. W., Dr. G. Knauff von Ludwigshafen am Bodensee, Dr. W. Dreyfuss von Mannheim nach München.

Gestorben: Dr. Schäfer in Freiburg i. Br.

Hessen.

Ernannt: Dr. Küchel in Kutzbach zum Kreisassistenzarzt in Heppenheim.

Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Medizinalrat: Ordentl. Prof. DDr. Körner, Müller, Peters und Pfeiffer in Rostock.

Das Fürstlich Reußische j. L. Ehrenkreuz 2. Kl. mit der Krone: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sarwey, Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Rostock.

Charakter als Sanitätsrat: Kreisarzt Dr. Buschmann in Gnoien.

Sachsen-Weimar.

In den Ruhestand versetzt: Geh. Hof- und Med.-Rat Dr. Pfeiffer in Weimar als Mitglied der Großherzogl. Medizinalkommission.

Gestorben: Priv.-Doz. Dr. Bennecke in Jena.

Herzogtum Gotha.

Gestorben: Dr. v. Kügelgen in Unterrodach.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. O. Nieber in Hamburg.

Lübeck.

Niedergelassen: Prof. Dr. F. B. G. Deycke in Lübeck.

Bremen.

Niedergelassen: Dr. F. W. Th. Kathen in Bremen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang Berlin, 31. Mai 1913 No. 22

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

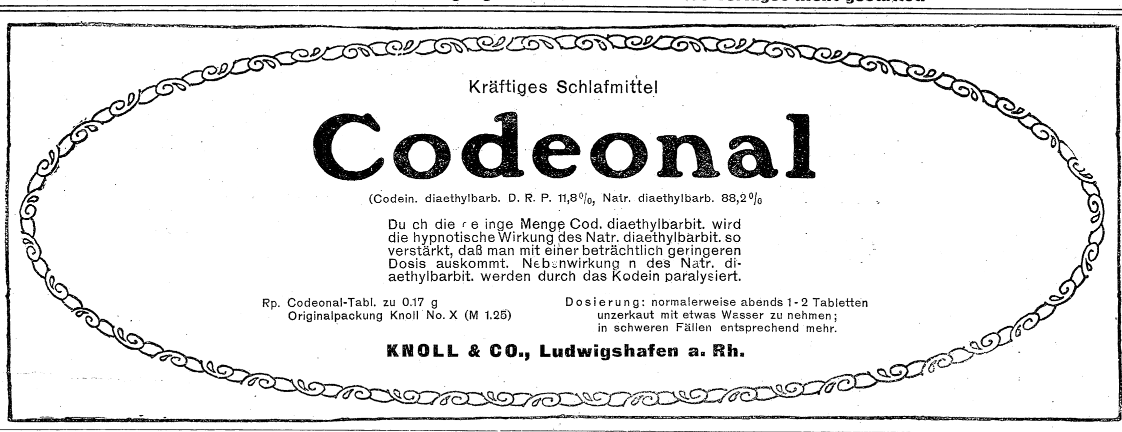
REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



Agobilin

Hervorragendes Mittel zur Behandlung der

Erkrankungen des Gallensystems

••••• in den Anfangsstadien •••••

Prophylaktikum bei Disposition zu

Cholelithiasis

Schwinden der Druckempfindungen • Einschränkung und Abschwächung der Anfälle • Hebung des Stoffwechsels Regelung des Stuhlgangs • Anregung des Appetits •••• Besserung des subjektiven Befindens. ••••

Proben und Literatur ••••
•••••••••• kostenfrei •

Gehe & Co., A.G.

•• Dresden-N. ••



GEORG WAGNER

82. Jahrgang | Berlin, 31. Mai 1913 | No. 22

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die chronische Mittelohreiterung und ihre Behandlung.

Von Sanitätsrat Dr. **H. Klau** (Berlin).

(Fortsetzung.)

Sehr häufig wird die chronische Mittelohreiterung zusammen mit Cholesteatombildung beobachtet. Wir haben diese lebensgefährliche Mittelohrerkrankung in unserer Arbeit: „Das Cholesteatom der Mittelohrräume“ [2]) ausführlicher behandelt. Hier können wir nur kurz anführen, daß das Cholesteatom durch Hineinwachsen der Epidermis des äußeren häutigen Gehörganges oder auch des Trommelfells durch die wandständige Trommelfellperforation über die durch chronische Eiterung entartete, ihres Zylinderepithels beraubte Mittelohrschleimhaut entsteht. Infolge dieser kranken Unterlage kommt es zur desquamativen Entzündung der eingewanderten Epidermis und zu einer vermehrten Proliferation der Zellen des Rete Malpighii. Durch Druckusur wird beim Wachstum des Cholesteatoms der Knochen in weiter Ausdehnung, oft bis in das Gehirn hinein, zerstört.

Geht der chronische Krankheitsprozeß auf die Schädelhöhle über, so ist die Phlebitis, namentlich die Thrombose des Sinus transversus, eine häufige Komplikation. Die eitrige Infektion greift zunächst auf die Wandung des Sinus über. Durch entzündliche Verdickung und Rauhigkeit an der Innenfläche des Gefäßes entsteht zunächst ein wandständiger Thrombus, der sich im weiteren Verlaufe zu einem den Sinus vollständig obturierenden Gerinnsel verdichten kann. Durch Vereiterung des Thrombus, auch schon des wandständigen, kommt es zu schwerer Pyämie, und wenn die abgerissenen Thrombenteile in die Blutbahn gelangen, auch zu Metastasen.

Die häufigste aller intrakraniellen Komplikationen der chronischen Mittelohreiterung ist wohl der Gehirnabszeß. Wir unterscheiden den Extraduralabszeß, der zwischen Schädelknochen und Dura gelegen ist, den Subduralabszeß zwischen Dura und Hirnmasse und den eigentlichen Hirnabszeß in der Hirnsubstanz.

Die gefährlichste intrakranielle Komplikation ist aber die Meningitis. Sie entsteht durch Fortleitung des Eiters nach dem Gehirn entweder durch Dehiszenzen im Tegmen tympani oder durch kariöse Defekte der Knochenwände in den Mittelohrräumen oder auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen.

Die genannten Komplikationen werden hauptsächlich bei der eitrigen Erkrankung des Kuppelraumes beobachtet.

Nicht selten ist auch der Recessus hypotympanicus (Keller) Sitz der chronischen Mittelohreiterung. Dieser Kellerraum liegt tiefer als das Niveau des äußeren Gehörganges, und so lagert sich das eitrige Sekret in seinen Buchten sehr leicht ab. Es tritt zunächst Ulceration der Schleimhaut ein, dann Karies. Im weiteren Verlauf kann durch kariöse Zerstörung des knöchernen Bodens der Paukenhöhle der deletäre Prozeß auf den darunterliegenden Bulbus venae jugularis oder auch auf die Karotis interna übergreifen, so daß die Gefahr einer Bulbusthrombose oder gar einer tödlichen Karotisblutung zu fürchten ist.

Im allgemeinen ist die chronische Mittelohreiterung in ihrem Verlaufe häufigen Wechseln unterworfen, so daß in einem scheinbar geheilten Fall plötzlich wieder die Eiterung akut einsetzen kann. Derartige Rezidive beobachten wir häufig bei persistenter Trommelfellperforation. Ist nämlich die Eiterung versiegt, schließt sich aber die Perforation nicht, der häufigste Fall, so können Erkältungen, Verunreinigungen vom äußeren Gehörgange aus, Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes, selbst schon das Eindringen von Wasser in die Paukenhöhle beim Baden oder Waschen solche Rezidive noch nach jahrelanger Heilung hervorrufen; deshalb darf man auch ein geheiltes Ohr mit persistenter Trommelfellperforation niemals ausspritzen!

Bei zweckmäßiger konservativer Behandlung kann unter günstigen Bedingungen Heilung der chronischen Eiterung eintreten, unter Umständen auch die Trommelfellperforation, wenn sie zentral gelegen und nicht zu groß ist, sich schließen. Häufiger werden wir zur operativen Behandlung schreiten müssen, die durchweg eine bessere Prognose bezüglich der Heilung bietet.

Als ein günstiges Resultat der Heilung muß es betrachtet werden, wenn die Epidermis des Trommelfells oder Gehörganges über die gesundende Paukenhöhlenschleimhaut wächst. Dadurch wird eine dermoide Umwandlung der Schleimhaut herbeigeführt, die den schädlichen Einflüssen von außen am besten standhält.

Wir haben Fälle in der Praxis beobachtet, wo nach einer derartigen Heilung niemals ein Rezidiv der Eiterung

[2]) Allgem. Med. Central-Ztg., 1911, No. 15/17.

sich einstellte. Nicht so selten kommt es auch vor, daß bei doppelseitiger chronischer Mittelohreiterung das eine Ohr auf diese Weise vollkommen ausheilt, während auf dem anderen Ohr die chronische Eiterung fortbesteht. Eine Patientin befindet sich noch in unserer ärztlichen Beobachtung, wo auf dem linken Ohr die chronische Eiterung seit Jahrzehnten durch dermoide Umwandlung der Schleimhaut geheilt ist, während rechterseits wegen der Eiterung, verbunden mit Cholesteatom, die Radikaloperation vorgenommen werden mußte.

In anderen Fällen aber wird die Schleimhaut durch Uebergang der Rundzellen in Spindelzellen in Bindegewebe verwandelt. Dadurch tritt zwar eine sichere Heilung der chronischen Eiterung ein, es kommt aber, wenn der Prozeß sich auf die Gehörknöchelchen und Labyrinthfenster erstreckt und das Bindegewebe durch Schrumpfung allmählich eine starre Beschaffenheit annimmt, zu dauernd hochgradiger Schwerhörigkeit, die im weiteren Verlaufe noch gesteigert wird durch den nicht seltenen Eintritt von Verkalkung und Verknöcherung.

Die chronische Mittelohreiterung kann zuweilen jahrzehntelang ohne besondere Beschwerden des Allgemeinbefindens ertragen werden. Häufig aber tritt auch der Tod ein infolge der obenerwähnten Komplikationen, welche oft ganz unerwartet auftreten.

Die Prognose der chronischen Mittelohreiterung, die früher maxime dubia war, hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gebessert. Diese Besserung ist aber allein auf den Ausbau der operativen Behandlung der schweren Erkrankung zurückzuführen; die konservative Behandlungsmethode hat gegen früher kaum einen Fortschritt zu verzeichnen. Immerhin aber besteht der alte Wildesche Ausspruch noch zu Recht: „So lange ein Ohrenfluß vorhanden ist, können wir niemals sagen, wann und wo er endigen mag, noch wohin er führen kann", denn oft ganz plötzlich, während wir uns noch mit der konservativen Heilungsmethode abmühen, weil die Indikation zum operativen Eingriff scheinbar noch nicht vorliegt, oder weil der Patient jeden größeren operativen Eingriff ablehnt, tritt durch intrakranielle Komplikation der Tod ein.

Leider wird auch heute noch in zahlreichen Fällen die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung arg vernachlässigt, und wir müssen immer wieder auf die große Lebensgefahr dieser Erkrankung hinweisen.

Bei der Behandlung unterscheiden wir, wie schon angedeutet, eine konservative und eine operative Methode. Wenn wir auch im allgemeinen mehr zur operativen Behandlungsweise hinneigen, weil sie, zur rechten Zeit vorgenommen, in den meisten Fällen zum sicheren Ziele führt, so wäre es doch nicht zu rechtfertigen, nun gleich jede chronische Mittelohreiterung operativ in Angriff zu nehmen. Die konservative Methode hat in gewissen Fällen, und namentlich im Anfang der Behandlung, ihre volle Berechtigung.

Als erste Forderung bei der Behandlung gilt die regelmäßige, sorgsamste Entfernung des Sekrets, um die Schleimhaut zu entlasten und zu verhindern, seine schädigende Wirkung weiter auszuüben; damit wird auch zugleich eine Bekämpfung der Entzündung herbeigeführt.

Die Entfernung des Eiters kann auf trockenem Wege, durch Ausspritzungen oder durch die Saugmethode geschehen. In den selteneren Fällen, wo der Eiter durch Austupfen entfernt werden kann, ziehen wir diese Art der Reinigung vor. Sie erfordert aber einen großen Trommelfelldefekt. Der Krankheitsprozeß darf sich auch noch nicht allzuweit über den Rec. epitympanicus erstrecken, und dieser Raum darf nicht durch Verwachsungen für den Tupfer unzugänglich sein. Vorwiegend eignet sich die trockene Reinigung bei der isolierten Erkrankung des Hypo- und Mesotympanum. Hier leistet sie bei großer Trommelfellperforation und unbeschränkter Zugänglichkeit der erkrankten Partien mehr als die anderen Methoden.

Am häufigsten werden wir die Entfernung des Sekrets durch Ausspritzungen bewirken, je nach der Menge der Absonderung ein- bis dreimal täglich.

Als Ausspülflüssigkeit bevorzugen wir sterile ½ proz. lauwarme Kochsalzlösung, bei fötider Eiterung 1- bis 3 proz. Borsäurelösung. Nachher muß dann das Ohr wieder sorgfältig ausgetrocknet werden; auch die Luftdusche von der Tube aus leistet dabei gute Dienste. Genügt die Ausspülung vom äußeren Gehörgange nicht zur vollständigen Eiterentfernung, so sind Durchspülungen der Paukenhöhle von der Tube aus sehr zu empfehlen. Zu diesem Zwecke wird ein biegsamer, silberner Katheter durch den unteren Nasengang in die Tubenmündung eingeführt (wie bei der Luftdusche mittels des Katheters), der mit einem kleinen Gummiring versehene Ansatz der Spritze fest in den Katheter eingesetzt und unter vorsichtigem Druck die Flüssigkeit durchgespritzt. Der Patient hält während des Spritzens am besten den Atem an, damit das Wasser, welches an der Tubenmündung etwa vorbeifließt, nicht in den Kehlkopf gelangt. Die Tube muß selbstverständlich durchgängig sein, wovon man sich vor dem Spritzen durch Anwendung der Luftdusche überzeugt. Nachträgliches Eingießen einiger Tropfen einer 3 proz. Lösung des Merckschen Perhydrols in das sorgsam ausgetrocknete Ohr unterstützt die Wirkung der Ausspülung; dann ist das Ohr wieder auszutrocknen.

Die Biersche Saugmethode kann bei dünnflüssigem Eiter ihren Zweck der Entleerung erfüllen. Bei eingedicktem, bröckligem Eiter, ebenso bei Eiterung mit Cholesteatombildung wird sie versagen. Nach unserer Ansicht wird durch die Saugmethode auch niemals eine derartige gründliche Reinigung der mit Eiter verklebten Wandungen der Paukenhöhle wie bei den Ausspritzungen erzielt werden. In engen, abgekapselten Räumen aber, wie man sie nach Verwachsungen, namentlich im Kuppelraum, nicht selten vorfindet, wird die Saugmethode ebenso im Stich lassen, wie die Ausspülungen.

Der Ansatz des Saugapparates wird bei seiner Anwendung luftdicht in den äußeren Gehörgang eingesetzt; man läßt den Apparat einige Minuten einwirken. Die Prozedur kann mehrmals täglich wiederholt werden, sofern keine entzündlichen Anzeichen sich bemerkbar machen.

Finden sich Krusten an der Perforationsöffnung oder in der Tiefe des äußeren Gehörganges, so werden sie vor der versuchten Entfernung zweckmäßig durch Ohrbäder mit sterilem lauwarmen Wasser erweicht; auch hier leistet die Einträufelung von stark verdünntem Perhydrol gute Dienste.

Nach dem Erweichen sind die Krusten vorsichtig mit der Sonde zu lockern und werden dann mit der Pinzette entfernt oder ausgespritzt.

Bei den Ausspülungen treten nicht selten Schwindelerscheinungen, selbst bei mäßigem Druck, auf. Es empfiehlt sich dann, die Temperatur der Spülflüssigkeit etwas höher zu nehmen. Meist tritt aber eine Gewöhnung ein, sonst muß der Druck noch weiter vermindert werden.

Nicht immer findet bei der gewöhnlichen Ausspritzung des Ohrs eine genügende Entleerung des Eiters aus dem Mittelohrraum statt. Mit Vorteil benutzt man deshalb feine, am besten aus Feinsilber gearbeitete Kanülen, sogen. Paukenröhrchen mit einer leichten Krümmung an der Spitze.

Ein solches Röhrchen führt man, nachdem man vorher am Ende desselben einen passenden Gummischlauch fest herübergezogen hat, durch den Ohrtrichter unter Spiegelbeleuchtung in die bestehende Trommelfellperforation vorsichtig ein. Das freie Ende des Gummischlauches wird dann von einem Assistenten fest über den Ansatz der bereits gefüllten Spritze gezogen und letztere unter mäßigem Druck entleert.

Der Trommelfelldefekt muß aber groß genug sein, damit die Spülflüssigkeit neben der Kanüle wieder abfließen kann. Hierdurch werden oft ganz erhebliche Eitermassen, auch bröcklige und verdickte, leicht entfernt. Selbst aus dem Antrum können in günstigen Fällen durch das seitlich nach oben und hinten gedrehte Paukenröhrchen die Sekretanhäufungen entleert werden. Diese Ausspülungen sind nicht allzu schwer vorzunehmen, es gehört nur eine ruhige Hand und am besten eine Assistenz dazu, welche die Spritze handhabt.

Tritt bei dieser Ausspritzung Schwindelgefühl oder gar heftiger Schmerz ein, so sind die Spülungen sofort zu unterbrechen. Es könnte sich dann um Dehiszenzen im Tegmen tympani handeln, welche gar nicht so selten vorkommen, oder um kariöse Defekte der Schädelwandung. Die Gefahr aber, daß dabei die Spülflüssigkeit in die Schädelhöhle gelangen könnte, liegt kaum vor, da die Dura dem Schädelknochen stets fest aufliegt.

Bei allzu kleinen Perforationen ist es oft erforderlich, dieselben zu erweitern oder an günstiger Stelle eine Gegenöffnung anzulegen. Die Erweiterung der Perforation kann mit dem Messer durch Exzision vorgenommen werden; noch leichter geschieht dies durch Galvanokaustik, vermittelst deren wir in der Lage sind, die Vergrößerung der Trommelfellperforation ganz nach Bedürfnis auszuführen. Vorherige intensive Anästhesierung mit 15—20 proz. Kokainlösung ist dazu dringend erforderlich. Zu diesem Zwecke wird die Lösung bei seitwärts geneigtem Kopfe in das Ohr eingeträufelt und wiederholt der Tragus auf den Ohreingang gedrückt, damit ein Teil der Füssigkeit durch die Perforation hindurch in die Paukenhöhle gelangt. Nach etwa 5 Minuten entleert man die Flüssigkeit aus dem äußeren Gehörgang und führt darauf durch die Trommelfellöffnung einen möglichst dünn gedrehten, mit derselben Kokainlösung befeuchteten Wattepinsel des öfteren hindurch; bei jeder erneuten Durchführung muß der Watteträger mit frischer Watte versehen werden.

Außer der sterilen Kochsalz- und Borsäurelösung sehen wir im allgemeinen von allen anderen desinfizierenden Flüssigkeiten beim Ausspülen des Ohrs als überflüssig ab, da sie nicht in dem notwendig konzentrierten Zustand angewandt werden können und somit keinen Heilungswert haben.

Im Gegenteil können sie häufig, namentlich gleich zu Anfang der Behandlung angewandt, recht heftige, entzündliche Reizungserscheinungen mit starker seröser, selbst blutig seröser Absonderung hervorrufen.

In vielen Fällen gelingt es durch die obenerwähnten Ausspülungen, das Sekret aus der Paukenhöhle zu entfernen. Bei komplizierten Raumverhältnissen, bei Verlötungen und Verwachsungen im Kuppelraum, bei Affektionen im Aditus ad antrum und im Antrum selbst genügen sie meist nicht. Es sind dann andere Maßnahmen notwendig, wie wir später sehen werden.

Bei einfacher, nicht komplizierter Schleimhauteiterung, namentlich wenn die Erkrankung noch nicht zu lange besteht und sich auf das Meso- und Hypotympanum beschränkt, kann in günstigen Fällen die Heilung allein durch die Ausspülungen herbeigeführt werden. Dagegen führen diese einfachen Ausspritzungen nicht zum Ziele, wenn bei längerem Verlauf die Schleimhaut bereits hochgradig entartet oder gar der Knochen angegriffen ist, also bei starker Schleimhauthyperplasie, bei Granulations- und Polypenbildung, bei Karies der Gehörknöchelchen und der Wandungen des Mittelohrraumes.

Zur Behandlung der Schleimhauthyperplasie ohne Granulationsbildung und Karies eignen sich am besten Höllensteinlösungen in einer 4—10 proz. Konzentration. Die vor der Einträufelung vorgenommene Ausspülung zur Entfernung des Sekrets darf nicht mit Kochsalzlösung, sondern muß mit einfachem sterilen Wasser gemacht werden, da die Argentumlösung sonst mit Salz einen Niederschlag bilden würde.

Die Höllensteinlösung wird bei seitwärtsgeneigtem Kopfe lauwarm mit einer Glaspipette in das Ohr geträufelt, ½—1 Minute, je nach der Reaktion, unter wiederholtem Druck auf den Tragus im Ohr belassen, dann wieder ausgeschüttet und sofort mit konzentrierter steriler Kochsalzlösung nachgespritzt, um die überflüssige Höllensteinlösung zu neutralisieren. Die Konzentration der Lösung wird nach dem Grade der hyperämisch geschwollenen und aufgelockerten, hyperplastischen Schleimhaut bemessen. Etwaige durch die Einträufelung entstehende braune Flecke an der Ohrmuschel oder der Umgebung werden durch Bestreichen mit 3 proz. Jodkaliumlösung entfernt, indem man mit Salmiakgeist nachreibt.

Sobald sich der Aetzschorf losgestoßen hat, gewöhnlich nach 1—2 Tagen, muß sofort wieder die Aetzung vorgenommen werden, da sonst kein Erfolg zu erreichen ist. Je nach der erzielten Abschwellung der Schleimhaut kann man allmählich die Lösung schwächer nehmen. Die Anwendung der Lapislösung eignet sich nicht bei kleiner Trommelfellperforation, deshalb muß dieselbe, wie schon früher erwähnt, dilatiert werden. Auch bei bestehender Karies in den Mittelohrräumen führt die Behandlung mit Höllensteinlösung nicht zur Heilung, ihre Anwendung ist aber hier insofern von diagnostischer Bedeutung, als die kariösen Stellen sich leichter erkennen lassen, da sie sich gegen die durch die Behandlung in der Rückbildung begriffenen Schleimhautpartien als krankhaft bemerkbar machen.

Treten andauernd Schmerzen bei der Höllensteinbehandlung ein oder bleibt die Eiterung trotz sorgfältigster Behandlung mit Lapislösung fötid, so muß diese Behandlung aufgegeben werden.

Es handelt sich dann entweder um Karies oder um eine abgekapselte Eiterung. Beide Erkrankungsformen erfordern zunächst andere Maßnahmen zu ihrer Heilung, die an anderer Stelle erörtert werden sollen. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Chirurgie.

Privatdozent Dr. **Wilhelm Hildebrandt** (Freiburg i. B.): **Chloroformnarkose und Leberkrankheiten.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Im Anschluß an Operationen, die unter Chloroformnarkose vorgenommen worden sind, kommen Todesfälle vor, die auf „späte Chloroformvergiftung“ zurückzuführen sind. Man ist zu der heute allgemein anerkannten Ansicht gelangt, daß bei diesen Todesfällen infolge von später Chloroformvergiftung Veränderungen der Leber, die an das Krankheitsbild der akuten gelben Leberatrophie erinnern, von wesentlicher Bedeutung sind. Tierversuche haben ergeben, daß Chloroform, ohne Mitwirkung irgendwelcher anderer Faktoren, schwere degenerative Zustände in der Leber hervorzurufen vermag. Chloroform wirkt aber in Verbindung mit Bakterien weit zerstörender, als ohne dieselben; es scheint, daß weder Chloroform allein noch Bakterien allein in der Lage sind, die Veränderungen im Sinne akuter gelber Leberatrophie hervorzurufen, wie sie durch Bakterien zusammen mit Chloroform erzielt werden können. Eine kranke Leber ist sicherlich weit mehr der Gefahr ausgesetzt, bei der Chloroformnarkose Schaden zu erleiden, als eine vorher gesunde. Eine zweckmäßige Prophylaxe gegenüber etwaigen Schädigungen der Chloroformnarkose kann nach Verf. daher nur dadurch geübt werden, daß man vor jeder Narkose eine peinlich genaue Gesamtuntersuchung vornimmt, welche vor allem auch den Zustand der Leber eingehend berücksichtigt. Es ist daher notwendig, auch beginnende Lebererkrankungen, welche physikalisch noch gar keine Erscheinungen machen, mit einiger Sicherheit zu erkennen. Man muß dabei zu den feineren chemischen Prüfungsmethoden der Leber seine Zuflucht nehmen, denn auch der Ikterus und die Ausscheidung von Bilirubin im Harn sind in diagnostischer Hinsicht durchaus unzureichend. Wirklich brauchbaren Aufschluß bekommt man nur durch die Beobachtung des Harnurobilins und durch die funktionelle Prüfung der Leber mittels Levulose und Galaktose. Letztere Methode ist zu umständlich, um z. B. vor dringenden Operationen angewendet werden zu können. Der Urobilinbefund des Harns gibt dagegen ohne weiteres ein Bild vom jeweiligen Zustand der Leber. Nach Verf. setzt uns die Beachtung der Urobilinurie vor allem in den Stand, die akute parenchymatöse Hepatitis zu erkennen, welche eine häufige Begleiterscheinung akuter Infektionskrankheiten (Erysipel, Scharlach, Appendicitis etc.) ist. Bei bestehender Hepatitis Chloroform anzuwenden, bezeichnet Verf. als einen Kunstfehler. In allen Fällen von Parenchymschädigung der Leber soll man Aether benutzen oder Lokal- resp. Leitungsanästhesie anwenden.

Prof. **Hermann Küttner** (Breslau): **Die Hyomandibularfistel, eine neue Form der angeborenen Halsfistel.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Verf. hatte Gelegenheit, bei einem 8 jährigen Mädchen eine mit dem äußeren Gehörgange kommunizierende seitliche Halsfistel zu beobachten, eine Mißbildung, welche in dieser Weise bisher in der Literatur nicht beschrieben wurde. Nach Angabe der Angehörigen bestand die Fistel seit der Geburt des Kindes; sie saß früher unterhalb des Unterkiefers in der Mitte zwischen Kieferwinkel und Kinn. Die Fistel sezernierte immer sehr stark; von Zeit zu Zeit trat in der Tiefe ein Abszeß auf, der inzidiert werden mußte. Im Laufe der Jahre zog die Fistelöffnung sich nach oben mehr gegen das Ohr hin zurück. Von Zeit zu Zeit trat die gleiche Flüssigkeit wie aus der Fistel aus dem rechten Gehörgang aus, gewöhnlich dann, wenn die untere Fistelöffnung verschlossen war. — Die Fistelöffnung saß an der rechten Seite des Halses, am Vorderrand des Sternokleidomastoideus, etwas unterhalb des Kieferwinkels, 2 cm senkrecht unter dem Ohrläppchen. Sie sezernierte reinen Eiter. Mit der Sonde drang man etwa 1½ cm nach oben in die Fistel. Die otiatrische Untersuchung ergab am rechten Trommelfell nichts Abnormes, die innere Ausmündung der Fistel am Gehörgang war nicht sichtbar. Nach Umschneidung der äußeren Fistelmündung wurde der durch die Parotis führende Fistelgang, in den eine Sonde eingeführt wurde, herauspräpariert. Die Fistelwandung war fibrös induriert und mit der Umgebung mäßig verwachsen. Das herauspräparierte Stück des Ganges wurde möglichst stark nach unten verzogen und es zeigte sich, daß der äußere Gehörgang dabei ebenfalls nach unten gezogen wurde.

Wo die Fistel in den Gehörgang einmündete, wurde der Fistelgang abgetragen. Tamponade des Gehörganges, kleines Drain in die Tiefe der Wunde, Hautnaht, Verband. Nach 12 Tagen wurden die Fäden entfernt; das Kind wurde mit einem kleinen Granulationsknopf entlassen. Nach weiteren 14 Tagen war die Wunde fast vernarbt. — Es handelt sich bei der Mißbildung um eine Hemmungsbildung im Gebiete der ersten Kiemenspalte; die Fistel entstand (nach Ansicht von Klaatsch) aus einem in loco verbliebenen Rest der Hyomandibularspalte.

Dr. **A. Krecke** (München): **Ueber chronische Appendizitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Infolge der zunehmenden Blinddarmfurcht kommen manche Fälle unter der Diagnose „chronische Appendizitis" zur Operation, bei denen man bei der Operation keine Veränderungen findet. Verf. wirft darum die Frage auf: Gibt es eine Möglichkeit, die Blinddarmneurastheniker von den wirklichen Blinddarmkranken zu unterscheiden? In vielen Fällen ist, wie Verf. zugibt, eine solche Unterscheidung selbst für den erfahrenen Arzt unmöglich. Trotzdem soll man die Diagnose der chronischen Appendizitis möglichst vervollkommnen, um überflüssige Operationen zu vermeiden. Verf. erörtert nun im Zusammenhang die Lehre von der chronischen Appendizitis. Man hat klinisch mindestens zwei Formen zu unterscheiden. Es gibt erstens eine Form, welche von Anfang an chronisch verläuft, bisher nie zu einem akuten Anfall geführt, nie ausgesprochene Fiebererscheinungen gemacht hat und zu den verschiedensten Beschwerden in der rechten Seite wie auch in anderen Teilen der Bauchhöhle führt: die anfallsfreie Appendizitis. Die zweite Form der chronischen Appendizitis ist diejenige, welche mit einem ausgesprochenen akuten Anfall begonnen hat, wo es dann im weiteren Verlaufe zu mehreren gleichen akuten Anfällen oder zu unbestimmten Beschwerden ähnlich wie bei der ersten Form gekommen ist. In vielen Fällen der ersten Art, bei denen die Anamnese keinen akuten Anfall ergibt, zeigen die anatomischen Veränderungen bei der Operation, daß bestimmt einmal ein akuter Anfall bestanden hatte. Entweder ist der Kranke nicht mehr in der Lage, sich an den Anfall zu erinnern, oder es wurde seinerzeit eine andere Diagnose gestellt (Darmkatarrh, Typhus usw.). Auffallend ist ferner bei Appendizitis das häufig bestehende Mißverhältnis zwischen den klinischen Erscheinungen und den bei der Operation sich findenden Veränderungen; man findet einerseits bei leichten klinischen Erscheinungen schwere Veränderungen, andererseits nach mittelschweren Anfällen bei der Intervalloperation keine Veränderungen. Letzteres liegt daran, daß die akut entzündete Appendix sich vollkommen zur Norm zurückbilden kann. Dieses Mißverhältnis zwischen klinischen Erscheinungen und anatomischen Veränderungen besteht besonders bei der chronischen anfallsfreien Appendizitis. Bei dieser finden sich oft im Gegensatz zu den nicht sehr charakteristischen und nicht sehr schweren klinischen Erscheinungen sehr beträchtliche anatomische Veränderungen bei der Operation. Ferner hebt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen hervor: eine makroskopisch vollkommen normal aussehende Appendix kann mikroskopisch die schwersten Veränderungen aufweisen. Bei ausgesprochenen periappendizitischen Veränderungen läßt die genaue Untersuchung der Appendix selbst oft jede Veränderung vermissen. Die wegen vermeintlicher chronischer Appendizitis vorgenommene Appendizektomie führt auch bei durchaus negativem Befund der Appendix in einem großen Prozentsatz der Fälle zum völligen Verschwinden der Beschwerden. Was den letzten Punkt anlangt, so erklärt der Erfolg sich wohl aus einer suggestiven Wirkung der Operation. Es handelt sich dabei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Frauen. Was nun die Appendizektomie bei wirklicher chronischer anfallsfreier Appendizitis anlangt, so führt sie, wie Verf. an seinem Material nachweist, in der Mehrzahl der Fälle zur vollkommenen Heilung. In einer nicht unbedeutenden Minderzahl der Fälle bleibt jedoch ein Erfolg der Operation aus, insofern die früheren Beschwerden bestehen bleiben. Verf. erklärt das dadurch, daß die Erkrankung in diesen Fällen nicht auf den Wurmfortsatz beschränkt ist, sondern ihren Sitz im ganzen Dickdarm hat. Derartige Patienten weisen folgende Symptome auf: Verschiedenartige, in der Regel nicht sehr heftige Schmerzen in der rechten Darmbeingrube, die von da oft nach anderen Teilen des Leibes ausstrahlen, Störungen der Stuhlentleerung und Stuhlbeschaffenheit, eine mehr oder weniger heftige Druckempfindlichkeit der rechten Darmbeingrube, eine strangartige oder kissenartige Resistenz in der rechten Darmbeingrube, eine röntgenologisch nachweisbare Verzögerung der Coecumverdauung. Dieser Symptomkomplex wird verschieden gedeutet; die einen nehmen einen Katarrh des Kolons an, andere halten eine mechanische Störung des Coecums (Coecum mobile) für wahrscheinlich. Es ist klar, daß Verwechselungen zwischen chronischer anfallsfreier Appendicitis und dieser chronischen Kolitis (Darmatonie) sehr leicht möglich sind, um so mehr, als beide Affektionen sich miteinander kombinieren können. Ist der Charakter der Schmerzen bohrend und stechend, so spricht das mehr für Appendizitis, ebenso ein anfallsweises Auftreten der Schmerzen. Ferner ist bei der chronischen Appendizitis der Druckschmerz meist stets genau auf den Mc-Burneyschen Punkt lokalisiert. In vielen Fällen muß man jedoch die Diagnose unentschieden lassen. Man soll nach Verf. aber nie die Diagnose nach einer einmaligen Untersuchung stellen, ferner berücksichtige man das allgemeine, besonders das psychische Verhalten des Patienten. R. L.

Dr. **Heinrich Harttung**, Assistenzarzt der chir. Abt. des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau: **Ueber einen extrarenalen Nebennierentumor.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1913, Bd. 83, H. 1.)

Die Nebennierengeschwülste gehören zu denjenigen Tumoren, welche uns klinisch-diagnostisch noch große Schwierigkeiten bereiten und infolgedessen am Lebenden nur sehr selten richtig erkannt werden. Die ihnen etwa spezifisch zukommenden Symptome können unter Umständen ganz geringe sein, um so mehr bieten sie verschiedenartige Erscheinungen, die leicht zur Verwechselung mit anderen Tumoren Anlaß geben. Dies lag auch bei dem vom Verf. berichteten Fall vor, der unter der Diagnose Pylorustumor zur Operation kam, weil die klinischen Erscheinungen eines solchen außerordentlich im Vordergrunde standen. Eine Besonderheit des Falles bestand darin, daß es sich, wie die Operation ergab, um eine von einem versprengten Nebennierenkeim ausgehende Geschwulst handelte. Die ersten Symptome lagen über 3 Jahre zurück. Patient bemerkte zunächst Schmerzen in der Magengegend; diese waren aber nicht konstant, sondern traten in Intervallen auf und stellten sich öfters, meist im Anschluß an eine Mahlzeit, ein. Dazu trat später Appetitlosigkeit, die Schmerzen verloren sich zuweilen ganz, um dann mit erneuter Heftigkeit wieder einzusetzen und sich mehr unter dem rechten Rippenbogen zu lokalisieren. Auffallend und gerade für die Diagnose nicht ohne Belang war nun die Angabe, daß sich in den letzten Wochen, bevor Patient in Behandlung kam, Aufstoßen nach dem Essen hinzugesellte. Bemerkenswert ist fernerhin die Angabe, daß er in letzter Zeit auch stechende Schmerzen in der rechten Flankengegend wahrgenommen habe, die nach der rechten Beckenschaufel zu ausstrahlten, und welche ebenfalls einen intermittierenden Charakter gehabt hätten. Im Vordergrunde des klinischen Bildes standen also außer dem unter dem rechten Rippenbogen palpablen Tumor Magenerscheinungen, die auf einen stenosierenden Tumor des Pylorus hinwiesen. Für einen solchen sprach zunächst auch die Lage der Geschwulst; dafür sprachen fernerhin die erheblichen Rückstände, die nüchtern nach reichlich genossener Mahlzeit aus dem Magen gewonnen wurden. Nach der Entfernung der Geschwulst sind diese Erscheinungen nicht mehr aufgetreten. Der Tumor lag dem Duodenum dicht an, war aber ohne Schwierigkeiten von diesem zu lösen. Es liegt die Annahme nahe, daß der Tumor in gewisser Weise einen Druck auf die seitliche Duodenalwand ausgeübt und so zu einer Verengerung des Lumens geführt hatte. Allerdings stände mit dieser Annahme der Operationsbefund nicht in Einklang. Andererseits muß in Betracht gezogen werden, daß der Magen-Darmkanal des Patienten vor der Operation gründlich entleert worden war und daß das Duodenum bei der Operation in ganz erschlafftem Zustande sich befand. Wenn nun der Magen nach einer Mahlzeit sich gefüllt hatte, die Entleerung desselben vonstatten ging, so wurde der Pylorus samt Duodenum in einen gewissen Füllungsgrad gebracht; dieser aber konnte eine gewisse Grenze nicht übersteigen, weil der seitlich gelegene Tumor einen Widerstand entgegensetzte und so gewissermaßen eine Kompression auf den arbeitenden Pylorus und das Duodenum ausübte. So war die Magenentleerung behindert. Dazu kommt, daß der Chemismus des Magens ebenfalls einen pathologischen Befund bot, denn es fehlte die freie Salzsäure; die Gesamtacidität war stark herabgesetzt. So war fernerhin die Verarbeitung der Speisen im Magen erschwert. Nimmt man alle diese Faktoren zusammen, so wird man eine genügende Erklärung für das Aufstoßen, die Rückstände gefunden haben, und es wird verständlich, daß auf Grund dieser Erscheinungen die Diagnose auf einen Pylorustumor gestellt wurde. Unterstützung schien die Diagnose Magentumor durch Nachweis von Blut im Stuhl zu finden. Der Urin enthielt Eiweiß in geringer Menge, vermehrte Anzahl von Leukocyten, jedenfalls aber keine Erythrocyten, und dieser Befund im Urin ist gut durch den Operationsbefund begründet, denn der Tumor hatte nirgends auf die Niere übergegriffen, und so fehlte vor allen Dingen in vorliegendem Falle die Hämaturie. Die Kachexie war nicht ausgesprochen, es fehlte jede Pigmentierung der Schleimhäute, wie der Haut, auf welche nach gestellter Diagnose noch einmal besonders gefahndet wurde. Sehr bemerkenswert waren die Schmerzen, die nur die eine Deutung zulassen, daß die Neubildung auf den Plexus lumbalis einen Druck ausgeübt hat. Kr.

Dr. **Hans Andree** (Bremen): **Exstirpation eines kleinfaustgroßen Hirnhauttumors in Lokalanästhesie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Verf. berichtet über einen bemerkenswerten Fall aus dem Vereinskrankenhause zum Roten Kreuz in Bremen. Ein

Siran

bringt die besten Erfolge bei allen Erkältungs-Krankheiten der Atmungsorgane, Bronchitis, Keuchhusten, Influenza, Tuberkulose, :: Skrofulose, Lungenleiden. ::

Billiges Präparat. Für Mittelstand und Kassenpraxis bes. geeignet.

Das wohlschmeckendste Präparat der Guajakoltherapie.

Originalpackung: M. **2.60.**
Kassenpackung: Die große Flasche zirka 170 g Inhalt M. **1.75.**



Perboral

für die Frauenpraxis.

Spezifikum gegen Fluor albus, Scheiden-Erosionen, Metritis.

Wirkung durch Freiwerden von Sauerstoff Höcht bakterizid und nicht reizend.

Literatur u. Proben zur Verfügung der Herren Aerzte.



Reusch's

Pino=Bad

aus stark konzentriertem **Fichtennadel-Extrakt** mit wertvollen Ozonverbindungen

Bewährtes Beruhigungs- und Kräftigungsmittel

bei Herz- und Nervenleiden, Affektionen der Lungen und des Kehlkopfes.

Praktische Originalstrichflasche für 10 Bäder ausreichend.

Unerreicht in Reinlichkeit und Billigkeit bei bequemster Anwendung.

Chemische Fabrik „Nassovia", Wiesbaden 16.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W. 30

Ende Juni erscheint das seit Jahren von der ganzen Aerztewelt mit Spannung erwartete Werk:

Über die Behandlung der Kinderkrankheiten

H. Neumann's

Briefe an einen jungen Arzt

Sechste gänzlich veränderte und erweiterte Auflage

bearbeitet von

weil. Prof. Dr. H. Neumann und Dr. E. Oberwarth
Berlin Berlin

Preis: geheftet M 12.—, elegant gebunden M 14.—

Die Neubearbeitung dieser vorzüglich bewährten Briefe wurde fast durchweg von dem leider inzwischen verstorbenen Professor Dr. Neumann vorgenommen, und stellt somit das letzte Bekenntnis dieses bedeutenden Kinderarztes dar

Zu beziehen durch sämtliche Buchhandlungen



hat sich in langjähriger Praxis glänzend bewährt **bei Furunkulose, Follikulitis, Akne, Impetigo, Urtikaria, Anthrax, Ekzem.**
Levurinose findet mit Erfolg Anwendung bei: **habitueller Obstipation, Diabetes, vaginaler und zervikaler Leukorrhoë, sowie ähnlicher Erscheinungen.**
Ausführliche Literatur und Proben den Herren Aerzten gratis und franko durch

Chemische Fabrik J. Blaes & Co.
in Lindau, Bayern.

36 jähriger Mann wurde wegen Erscheinungen von Hirntumor in das Krankenhaus aufgenommen. Es wurde auf Grund des Symptomenkomplexes ein Tumor in der Gegend der linken Rolandschen Furche angenommen. Da gleichzeitig eine Mitralinsuffizienz bestand, wurde beschlossen, die Exstirpation des Tumors in Lokalanästhesie vorzunehmen (Dr. G. Mertens). Der Patient erhielt ¾ Stunden vorher 0,01 g Morphium subkutan. Dann wurde das Operationsfeld mit 1 proz. Novocain-Suprareninlösung umspritzt; dabei wurde ein größeres Depot an die Nerv. auriculotemporalis und occipitalis gelegt. Mit dem Meißel wurde dann ein Hautknochenlappen von 11 cm Durchmesser über der Zentralfurche mit breiter Basis nach der Schläfe gebildet. Die Blutung aus den Gefäßen der Diploë war sehr heftig. Nach Inzision der sich stark vorwölbenden, gespannten Dura mater fand sich die hintere Hälfte der Schädelöffnung von unregelmäßig gestalteten Tumormassen ausgefüllt. Wegen drohenden Kollapses wurde zunächst ein kleines Tumorstück zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert und nach Zurückklappen des Hautknochenlappens die Wunde durch exakte Naht vorläufig geschlossen. Die histologische Diagnose lautete: Psammom der Dura mater. 10 Tage später wurde wieder in Lokalanästhesie zum zweiten Male in der gleichen Weise der Schädel geöffnet. Es gelang jetzt, den Tumor, welcher sehr weit nach hinten und in die Tiefe reichte, mit dem gummibehandschuhten Finger stumpf auszulösen, wobei ein zur Falx cerebri ziehender Stiel durchriß. Wegen starker Blutung wurde dann die Operation beendet, der Hautknochenlappen zurückgeklappt und nach exakter Hautnaht ein Kompressionsverband angelegt. Die exstirpierte Geschwulst maß im sagittalen Durchmesser 9 cm, im vertikalen 6 cm, im frontalen 7 cm und wog 141 g. Die Heilung erfolgte glatt und reaktionslos. Die durch den Tumor hervorgerufenen Störungen gingen zum größeren Teile nach der Operation allmählich zurück; nur bestehen noch hemiplegische Symptome am rechten Arm und Bein. Der Fall ist bemerkenswert erstens wegen der Größe des exstirpierten Tumors, zweitens deswegen, weil es gelang, den großen Eingriff schmerzlos unter Lokalanästhesie durchzuführen.

Dr. **Häuer** (Hohenstein, Ostpreußen): **Ein seltener Fremdkörper in der männlichen Harnröhre.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 10.)

Ein 70 jähriger Mann brachte sich wegen Harnverhaltung eine Hutnadel in die Harnröhre, mit dem Erfolge, daß er nun erst recht nicht urinieren konnte. Verf. fand den Penis halb erigiert, besonders an der Unterseite ödematös geschwollen. 7 cm von der Harnröhrenmündung entfernt fand sich eine zehnpfennigstückgroße, blau verfärbte Hautstelle. Die Spitze des Fremdkörpers war dicht unter der Haut des Penis zu fühlen, lag also sicher extraurethral; die in die Harnröhre eingeführte Sonde stieß in 7 cm Tiefe auf Widerstand. Verf. machte die Urethrotomia externa und entfernte eine 18 cm lange Hutnadel, die mit einem 7 mm im Durchmesser betragenden Perlmutterknopf armiert war. Die Nadel war mit dem Knopf voran in die Harnröhre eingeführt worden. Sofort nach der Extraktion des Fremdkörpers entleerte sich aus der Operationswunde eine große Menge zum Teil trüben Urins. Die Wunde wurde etagenförmig geschlossen und heilte in wenigen Tagen per primam. Harnbeschwerden sind vorläufig bei dem Patienten nicht wieder aufgetreten. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Prof. Dr. med. et phil. **Hermann Fühner** (Freiburg i. B.): **Ueber die isolierten wirksamen Substanzen der Hypophyse.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Verf. berichtet hier über Untersuchungen, die er in Verbindung mit dem wissenschaftlichen Laboratorium der Höchster Farbwerke ausführte und die den Zweck hatten, aus der Hypophyse die physiologisch wirksamen Substanzen zu isolieren. Man erhält einen Teil dieser Substanzen, wenn man vollständig von Eiweiß befreite Hypophysenauszüge mit den gebräuchlichen Alkaloidfällungsmitteln, z. B. mit Phosphorwolframsäure, fällt. Der hierbei entstandene Niederschlag wird abfiltriert und mit Baryt zerlegt. Der überschüssige Baryt wird mit Schwefelsäure entfernt und die schwefelsaure Lösung im Vakuum bis zur Kristallisation eingedampft. Auf diese Weise erhält man eine schwach gelb gefärbte Substanz, ein schwefelsaures Salz in gut ausgebildeten Kristallen, die sich leicht mit schwach saurer Reaktion in Wasser lösen. Auch in Säuren sowie in Alkohol löst sich diese Substanz. Die genauere Untersuchung ergab, daß kein chemisch einheitlicher Körper vorlag, sondern ein Gemisch von vier verschiedenen Substanzen, deren Trennung mittels mehrmaliger fraktionierter Fällung durchgeführt werden konnte. Es gelang im ganzen, daß eiweißfreie Extrakt aus dem Infundibularteil der Hypophyse in 8 verschiedene Bestandteile zu zerlegen, indem auch aus dem Filtrat, das nach dem Abfiltrieren des Phosphorwolframsäureniederschlages zurückbleibt, 4 verschiedene, zum Teil gut kristallisierende, Körper erhalten wurden. Die intensive Gebärmutterwirkung der Hypophysenextrakte ist bedingt durch die 4 Bestandteile, die sich in dem Phosphorwolframsäureniederschlag finden, während die 4 Bestandteile des Filtrats in dieser Hinsicht praktisch nicht in Betracht kommen. Diese ersten 4 Bestandteile, die, wie erwähnt, zusammen in kristallisiertem, chemisch reinem Zustand aus dem Phosphorwolframsäureniederschlag erhalten werden, werden unter der Bezeichnung „Hypophysin" von den Höchster Farbwerken zu therapeutischen Zwecken in den Handel gebracht, und zwar in Form einer sterilen 1 prom. wässerigen Lösung, so daß 1 ccm 1 mg Hypophysin enthält. Nach klinischen Versuchen übt nämlich 1 mg Hypophysin mindestens dieselbe Wirkung aus, wie 1 ccm eines einwandfreien Hypophysenextraktes, von dem 1 ccm 0,2 g frischer Drüse entspricht. Auch die quantitative pharmakologische Prüfung des neuen Präparates an der isolierten Gebärmutter von Kaninchen und Meerschweinchen ergab denselben Wirkungswert. Das Hypophysin hat dazu den Vorzug, genau dosierbar zu sein. Auch auf Blutdruck und Atmung wirkt Hypophysin ebenso wie die Extrakte der Hypophyse. Endlich ist das Hypophysin im Gegensatz zu anderen wehenerregenden Mitteln von äußerst geringer Giftigkeit. R. L.

Dr. **Max Rudolph: Einiges zur Leprabehandlung mit Nastin.** (Archivos Brasileiros de Medicina, Juni 1912, No. 3.)

Das Nastin wurde 1907 von Prof. Dr. Deycke in die Behandlung der Lepra eingeführt. Es ist ein bakterieller Fettkörper, der aus dem „Streptothrix leproides" gewonnen wird. Der Stroptothrix ist ein säurefester Organismus, der in großen Mengen bei einem sehr schweren Leprafalle in der Türkei gefunden wurde. Deycke und Reschad Bey führten ihn lebend in den Körper von anderen Leprakranken ein und konnten nicht nur ein unleugbares Zurückgehen der leprösen Knochen- und anderer Symptome der Krankheit beobachten, sondern auch bakterioskopisch und histologisch einen gewissen zerstörenden Einfluß auf den Hansenschen Bacillus. Nach Meinung der Autoren handelt es sich dabei um eine Immunisierung des Organismus gegen den spezifischen Fettkörper der vorerwähnten säurebeständigen Bacillen durch Hervorbringung eines Antinastins; dieses richtet seine Wirksamkeit gegen den Fettkörper des Streptothrix (d. h. Fettgehalt d. St.) und löst gleichzeitig den Fettgehalt des Leprabacillus, wodurch eine Verwundbarkeit dieses Bacillus gegen die natürlichen Schutzkräfte des Körpers erzielt wird. Als eine Folge dieser so erreichten Verwundbarkeit und als Beweis geben die Autoren an, daß man eine ganz typische „Bakteriolyse" beobachten kann; diese zeigt sich in einem Verlust der Widerstandskraft der Bacillen gegen Säuren und ebenso in einer allgemeinen und lokalen Reaktion bei den Krankheitsprodukten, nämlich in Hyperämie, Oedemen und entzündlichen Suppurationen, die auf die Leprome beschränkt sind oder, bei Fällen von anästhetischer Lepra, in trophischen Reaktionen. Bei besonders günstigen Fällen können die Knoten vollständig verschwinden, das Gefühl wiederkehren und sich bedeutende Besserungen der leprösen Erscheinungen und des Allgemeinbefindens der Kranken zeigen. In seiner letzten Veröffentlichung bespricht Deycke 503 Fälle von Lepra, die mit Nastin behandelt worden sind, und zwar von 66 verschiedenen Aerzten, in allen Teilen der Welt. In diesen Fällen wurden erzielt: vollständige Heilung bei 11, nahezu Heilung bei 31, bedeutende Besserung bei 148, keine Besserung beziehungsweise Verschlimmerung bei 185 Fällen; der Tod trat ein bei 5 Kranken. Dies ist in Prozenten 62,23 pCt. von positiver Besserung.

Für die klinische Anwendung wird das Nastin mit Benzoyl-Chlorid kombiniert und man erhält dadurch das Medikament, welches „Nastin-B." genannt wird. Fabrikant ist die Fabrik Kalle & Co., A.-G., Biebrich (Rhein), die es in Ampullen von 1 ccm in den Handel bringt. Je nach dem Grade der Konzentration unterscheidet man drei Stärken: Nastin Bo, B und B_2. Das Nastin B ist die klassische Lösung. Die gewöhnliche Anfangsdosis ist 1 ccm, einmal wöchentlich injiziert; nur in besonders schweren Fällen ist es notwendig, mit einer kleineren Dosis zu beginnen. Später können dann alle 8 Tage 2 ccm eingespritzt werden. Bei richtiger Anwendung zeigen sich weder an der Stelle, wo die Einspritzung gemacht wird, noch sonst irgendwelche schädliche Reaktionen. Bei Nastin B_2 können solche Reaktionen unter Umständen eintreten. Es empfiehlt sich daher, seine Anwendung auf besonders hartnäckige Fälle von tuberkulöser Lepra zu beschränken, wo man mit Nastin B_1 nichts ausrichten kann. In Fällen von Augenlepra sind diese beiden Präparate kontraindiziert; für diese Formen hat man das Präparat Nastin Bo. Zeigt sich während der Behandlung irgendeine schädliche Reaktion, so muß mit der Behandlung sofort ausgesetzt werden, bis jene vollständig wieder verschwunden ist. Ausgeschlossen von der Behandlung mit diesen Mitteln sind die Fälle von Lepra viscerale oder wenn die Krankheit gleichzeitig mit Kachexie oder mit Lungenschwindsucht auftritt. Der Verfasser vorliegender Arbeit hat während 8 Jahren Gelegenheit gehabt, Hunderte von Leprakranken zu

behandeln. Auch er hat gleich den übrigen Autoren mit Nastin sehr befriedigende Resultate erzielt. Nastin ist überhaupt nach ihm heute das einzige Mittel zur Behandlung der Lepra, welches positive und befriedigende Resultate gibt. Es scheint ihm, daß man vermittelst der Nastintherapie bei der Mehrzahl der Kranken die Krankheit stationär machen und die Hansenschen Bacillen zerstören kann, wodurch neue Infektionen ausgeschaltet werden. Kr.

Dr. **Paul Leubuscher** (Hoppegarten): **Therapeutische Versuche mit Phosphor bei Epileptikern.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Verf. berichtet über 9 Fälle von schwerer Epilepsie, welche er mit Phosphor behandelt hat. Er gibt das Mittel in öliger Lösung: Phosphor 0,1, Ol. olivar. 1000. Bei 6 Patienten wurde die Phosphorbehandlung etwa 15 Monate lang durchgeführt. Die Patienten waren sämtlich in Anstaltsbehandlung. In einem Falle wurde kein Rückgang der Zahl der Krampfanfälle erzielt, eher eine geringe Vermehrung. In 3 Fällen wurde eine unbedeutende Verminderung der Anfälle (um 10—20 pCt.) erzielt. In einem Falle ging die Zahl der Anfälle um 65 pCt. zurück, endlich in dem letzten Falle um fast 70 pCt. Sämtliche Kranke vertrugen die Behandlung im übrigen gut. Die erzielten Besserungen haben bei fast allen Kranken auch nach Aussetzen der Phosphorbehandlung vorläufig angehalten. R. L.

Physikalische Therapie.

Regimentsarzt Dr. **Rich. Frank**, Chefarzt d. chir. Abt. i. Garnisonsspital No. 20 in Kaschau: **Zur Behandlung beginnender Gangrän.** (Zentralbl. f. Chir., 1913, No. 14.)

Verf. berichtet über einen Fall von Erfrierung, in dem sich die von Borchardt empfohlenen Wechselbäder zur Verhütung beginnender Gangrän vorzüglich bewährten. Ein Soldat trieb sich bei einem Desertionsversuche vom 11. bis 18. November 1912 im Barackenlager zu Kaschau auf einem kalten Dachboden herum. Bei seiner Betretung und Ueberlieferung ins Garnisonsspital waren beide unteren Extremitäten bis zum unteren Drittel der Unterschenkel hochgradig ödematös, cyanotisch, kühl und bis zum Dorsum pedis druckempfindlich, von da ab gefühllos. Die aktive Beweglichkeit und das Gefühl in den tief blauviolett verfärbten Zehen aufgehoben. Temperatur 37,8, Puls 96. Subjektiv heftige, fast unerträgliche Schmerzen innerhalb der Gefühlsgrenzen in den Beinen. Nach diesem Status schien eine Rettung der Zehen bezw. des Mittelfußes kaum möglich und mußte die Exartikulation im Chopartschen, höchstens im Lisfrancschen Gelenke, im schlimmsten Falle die Amputation im oberen Drittel der Unterschenkel in Aussicht gestellt werden. — Um aber von der Extremität auch den letzten lebensfähigen Zentimeter zu erhalten, wurden versuchsweise Wechselbäder (je 3 mal 3 Minuten kalt und heiß) verabreicht und diese durch 6 Wochen täglich wiederholt. Das Endresultat ist überraschend: Der rechte Fuß ist heute gesund und gebrauchsfähig, am linken mußte die Großzehe im Interphalangealgelenke exartikuliert und ein Teil der Sohlenfascie wegen Gangrän exzidiert werden, alles übrige erholte sich und blieb erhalten. Kr.

Therapie mit Bakterienpräparaten.

Universitätsdozent und Spitalprimarius Dr. **Karl Hochhalt**: **Die neueren Wege in der Behandlung der Lungenschwindsucht.** (Pester medizinisch-chir. Presse, 1913, No. 6.)

Verf. berichtet in diesem Aufsatz auch über seine günstigen Erfahrungen mit Tuberkulin „Rosenbach", das er in 55 Fällen angewandt hat. Es handelte sich in 7 Fällen um chirurgische Tuberkulose, darunter 4 beginnende Gelenkentzündungen, welche in kurzer Zeit gebessert wurden. Von Lungenphthisikern wurden 48 behandelt. Bei den 10 Kranken des ersten Stadiums konnte vom klinischen Standpunkte eine Heilung oder doch wenigstens eine entschiedene Besserung konstatiert werden, indem das Ansteigen der Abendtemperatur wegblieb, das Sputum serös wurde und schließlich ganz versiegte, auskultatorisch keine Veränderung mehr nachgewiesen werden konnte und das Körpergewicht um 5—6 kg stieg. Von den 17 Kranken des zweiten Stadiums besserte sich der Zustand in 8 Fällen (47 pCt.) wesentlich, indem der Zerfallsprozeß in der Lunge sistierte, die Rasselgeräusche verschwanden, die Dämpfungen noch nachweisbar waren (interstitieller Vernarbungsprozeß), das eitrige Sputum serös wurde und an Menge abnahm, das Allgemeinbefinden sich bedeutend besserte und das Körpergewicht zunahm. Bei 4 Kranken ist die Behandlung noch nicht vollendet, in 5 Fällen (28 pCt.) zeigte sich keine Besserung; teils verließen sie das Spital frühzeitig, teils mußte die Behandlung infolge ihrer Ueberempfindlichkeit dem Präparate gegenüber unterbrochen werden. Die wunderbarste Wirkung beobachtete Verf. aber von dem Mittel bei Kranken des dritten Stadiums. Bei allen diesen waren ein kavernöser Zerfall, amphorisches Atmen und metallisch klingende Rasselgeräusche vorhanden. Von 16 derartigen hoffnungslosen Fällen gelangte der Zerfallsprozeß in 6 Fällen (37 pCt.) zum Stillstand. Nebst wesentlicher Besserung des Allgemeinbefindens versiegte das eitrige Sputum oder wurde serös, die labilen Temperatursteigerungen schwanden, der Appetit besserte sich gewaltig. An der Stelle der Kavernen entwickelten sich Erscheinungen, die auf einen Vernarbungsprozeß deuten, nämlich Einziehungen der Brustwand, die beim Atmen zurückblieben. Neben dem zurückgebliebenen amphorischen oder bronchialen Atmen sind keine feuchten Rasselgeräusche mehr hörbar. Es ist dies nach Verf. eine unzweifelhafte spezifische Wirkung des Tuberkulins, wie er sie bisher nur äußerst ausnahmsweise beobachtet hat.

Was die Dosis betrifft, so bekamen nichtfiebernde Kranke gewöhnlich 0,1, Fiebernde 0,001, wenn ihre Abendtemperatur 38° nicht erreichte; die Dosen wurden im Anfang jeden 3. bis 4., später jeden 5. Tag gesteigert. Die Reaktion äußerte sich nur selten in einer Temperatur über 37,5°; wurde diese Temperatur überschritten, dann wurde die frühere Dosis wiederholt, oder auf eine kleinere zurückgegriffen. Bei einem so vorsichtigen Vorgehen beobachtete Verf. nie die Entwicklung eines bleibend fieberhaften Zustandes, wie dies in der ersten Kochschen Aera recht häufig der Fall war. Im ganzen hat Verf. die Beobachtung gemacht, daß das Rosenbachsche Tuberkulin von allen bisher angewandten Präparaten das mildeste ist. (Fabrikation in der Fabrik Kalle & Co., Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.) Kr.

Geburtshilfe.

Dr. **Emanuel Herz**, Frauenarzt in Rzeszów: **Zur Technik der Ausräumung.** (Wiener med. Wochenschr., 1913, No. 11.)

Die Unglücksfälle bei Abortusausräumungen mehren sich stetig. Nach Verfassers Ueberzeugung liegt die Ursache darin, daß von autoritativer Seite immerfort zur Ausräumung des Uterus die Abortus- oder Kornzange empfohlen wird. Die Resultate dieser Empfehlung sehen wir in der Praxis, wo die erwähnten Instrumente als ganz harmlose Dinge, mit denen man leichtfertig im Uteruskavum herumgreifen darf, betrachtet werden. Verf. wagt jedoch zu behaupten, daß die Abortuszange für das Uteruskavum so paßt wie die Faust aufs Auge, denn in der Praxis wird mit derselben häufiger ein Loch in die Uteruswand gerissen, als das Ei oder der Eirest entfernt. Mit noch viel größerem Risiko wird die Kornzange angewendet, da eine noch größere Zahl von schweren Verletzungen auf Konto derselben zu schreiben ist. Mit diesen beiden zangenartigen Instrumenten werden die größten Verheerungen angerichtet, und zwar auf die Weise, daß beim ersten Zukneifen der Zangenlöffel ein Loch in die Uteruswand gerissen und, da nicht viel nach außen befördert wird, nochmals eingegangen und durch das gesetzte Loch Darm, Mesenterium, Netz oder andere Abdominalorgane gefaßt und hervorgezerrt werden. In zweiter Reihe stehen die Verletzungen, welche mit den Küretten, Hegarschen Stiften, Uterussonden gesetzt werden. In den meisten Lehrbüchern der Geburtshilfe begegnen wir dem Passus, daß nach stattgefundener Erweiterung der Zervix die Lösung des Eies mit dem Finger, während die Entfernung des gelösten Eies mit der Abortuskornzange oder Kürette zu geschehen hat. Die Empfehlung dieser Vorgangsweise scheint Verf. die Propagierung gerade dessen, was nicht geschehen sollte, denn wenn das Ei einmal gelöst ist, braucht es keiner besonderen Instrumente, um es zu entfernen. Es genügt, wie Verf. sich unzählige Male überzeugen konnte, ein einfach kombinierter Druck vom hinteren Scheidengewölbe, um das gelöste Ei durch die erweiterte Zervix hindurchzupressen. Sollte dieser einfache Griff ausnahmsweise nicht zum Ziele führen, so wird es immer noch mit einem, eventuell mit zwei Fingern gelingen, das Ei zu entfernen. In allen Fällen, in denen Verf. durch kombinierten Druck oder mit dem Finger das gelöste Ei oder die Plazenta nicht imstande ist hinauszubefördern, wendet er einen großen stumpfen vollen Löffel an, ein Instrument, mit welchem das Objekt nicht gefaßt, sondern durch leicht schabende Bewegungen hinausbefördert wird. Verf. hat in weit über 300 Fällen den stumpfen Löffel angewendet und nie ein Malheur gehabt. Von diesen Löffeln hat er zwei Größen anfertigen lassen. Diese stumpfen großen Löffel mit glatten, abgerundeten Rändern sind nicht mit Küretten zu vergleichen, da letztere einen schmalen Reifen darstellen, welcher, wenn auch stumpf, sich doch leichter in den Falten der weichen Uteruswand verfängt und dieselbe eher durchbohren kann als der volle Löffel mit glatten abgerundeten Rändern. Er ist dazu noch sehr leicht gearbeitet, namentlich hat Verf. darauf gesehen, daß der Griff leichter sei, als der Löffel selbst, damit auf diese Weise jede Gewaltanwendung ausgeschaltet wird. Bei Anwendung des stumpfen vollen Löffels hat man die Genugtuung, spielend leicht alle Abortusmassen hinauszubefördern und bei zartem Umgehen mit einem gewissen Gefühl der Sicherheit arbeiten zu können. Die Löffel sind beim Instrumentenmacher Josef Leiter, Wien IX, Mariannengasse No. 11, zum Preise von je 7,50 K. per Stück erhältlich. Kr.

III. Kürzere Mitteilungen.

Terpacid.

Ueber dieses neue Präparat werden uns nachstehende Angaben gemacht: Terpacid wird durch Oxydation von Fenchylalkohol gewonnen, der seinerseits nach dem D. R. P. No. 204 163 dargestellt wird.

Die chemische Formel ist $C_{10}H_{16}O$ oder unter Berücksichtigung der Konstitution:

CH

H_2C — $C<\begin{matrix}CH_3\\CH_3\end{matrix}$

HCH (nach Semmler).

H_2C — CO

C

CH_3

Terpacid bildet eine wasserhelle, leicht bewegliche Flüssigkeit von kampferartigem Geruch, bitterem und brennendem Geschmack. Es ist mit den meisten organischen Lösungsmitteln fast in jedem Verhältnis mischbar.

Sein spezifisches Gewicht beträgt 0,950, sein Siedepunkt liegt bei 193—196 °.

Terpacid dreht das polarisierte Licht rechts; der Betrag der Drehung schwankt.

Mit verschiedenen Substanzen geht es Doppelverbindungen ein, z. B. eine flüssige mit Phenol.

Indikationen zur medizinischen Anwendung sind: Rheumatismus, Gicht, Neuralgien, juckende Hautkrankheiten.

Dosierung und Darreichung: Für sich oder als Lösung in Olivenöl, Vaselin, Phenol etc., wobei seine außerordentlich hohe Löslichkeit in Oelen usw. und sein flüssiger Aggregatzustand bei gew. Temperatur von nicht zu unterschätzendem Vorteil sind.

Rezeptformeln:

1. „Terpacid" 40,0
Olei Olivarum . . . 60,0
DS. Zur Einreibung.

2. „Terpacid" 20,0
Vaselini flavi . . . 80,0
DS. Zur Einreibung.

Das Terpacid wird hergestellt von Dr. Kurt Rülke (Berlin-Charlottenburg).

IV. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Mai 1913.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr v. **Hansemann** demonstriert **Präparate von Fibiger** (Kopenhagen) **zur künstlichen Erzeugung des Krebses.** Während bisher nur unbeabsichtigt — durch Röntgenstrahlen — Carcinome künstlich hervorgerufen worden sind, ist es Herrn Fibiger zum ersten Male gelungen, dies absichtsvoll durch Parasitenübertragung bei Ratten zu erreichen. Durch Verfütterung von Schaben, welche als Zwischenwirte Spiropteren beherbergen, hat er bei Ratten Magencarcinome zustande gebracht, die ihrerseits nematodenfreie Metastasen in den Lungen und Lymphdrüsen hervorriefen. (Demonstration der betreffenden Präparate.)

Diskussion:

Herr **Fibiger** (a. G.) erörtert kurz die sich an diese Versuche anknüpfenden Fragen nach den Bedingungen, unter denen Carcinom entsteht, nach der Transplantationsfähigkeit der erzeugten Tumoren usw. Auch bei Mäusen und mit anderen Schabenarten, wie Blatta germanica, ist ihm die Krebserzeugung geglückt.

Herr **Carl Lewin** berichtet über eine Arbeit von Rous aus dem Rockefeller-Institut, der mit dem Berkefeldfiltrat eines zerriebenen Osteosarkoms bei Hühnern durch Einspritzung die Geschwulst erzeugen konnte. Dies Ergebnis spricht für das Vorhandensein eines invisiblen, Krebs hervorrufenden chemischen Agens.

Herr **M. Katzenstein** stellt einen **Fall von erfolgreicher Nervenpfropfung** vor. Es handelt sich um fast völlige Lähmung der einen oberen Extremität. Dem Patienten wurde der Nervus suprascapularis der gesunden Seite auf den Plexus brachialis der erkrankten Extremität gepfropft. Nach zwei Monaten weitgehender Erfolg.

Herr **Toby Cohn**, aus dessen Praxis der Fall stammt, bemerkt erläuternd dazu, daß die Lähmung im Anschluß an eine Poliomyelitis acuta seit 7 Jahren bestand. Jetzt kann Patient Hand und Arm gut beugen und strecken.

Herr **Gontermann** (Spandau) berichtet über einen **Fall von Kalkablagerungen unter die Haut.** Junge Dame, ohne gichtische Anamnese, vor einem Jahre Lues akquiriert, bekam vor zwei Jahren im Anschluß an Messerdruck in der Hohlhand zahlreiche Kalkablagerungen in der Haut und im Fettgewebe am 4. und 5. Finger. In letzter Zeit rasche Vermehrung. Die Kalkknoten sind von dünner, bindegewebiger Membran mit Riesenzellen umgeben. Aehnliche — aber nicht völlig übereinstimmende — Affektion in der dermatologischen Literatur beschrieben. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr v. **Hansemann** betont die große Seltenheit der Erkrankung und demonstriert mikroskopische Präparate aus der Haut der Patientin. Die in letzter Zeit eingetretene rasche Vermehrung der Knoten hängt vielleicht mit der inzwischen akquirierten Syphilis zusammen.

Tagesordnung:

Ueber die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung bei Carcinom der weiblichen Genitalien.

Herr **Bumm**: Bekanntlich können Epitheliome der Haut (Cancroide) durch Röntgen- und Radiumtherapie beseitigt werden. Tatsächlich kann man in einem Teil der einschlägigen Fälle bereits von Dauerheilungen sprechen. Aber auch mit geeigneten Aetzmitteln hat man bereits solche Cancroide erfolgreich behandelt, was in deren besonderen Eigenschaften — langsames Wachstum, geringe Neigung zur Metastasierung — begründet ist. Schwieriger sind die Verhältnisse bei Schleimhaut- und Drüsenkrebsen. Nach den vor einigen Jahren von A. Pinkuss und A. Sticker gemachten Mitteilungen schien auf diesem Gebiete die Strahlentherapie aussichtslos zu sein. Durch Verbesserungen der Technik haben sich in neuerer Zeit hier wieder bessere Perspektiven eröffnet. Die Einführung der harten Röhren und dementsprechende Strahlenfiltrierung läßt größere Strahlenmengen in größere Tiefen dringen; die Radiumtherapie ihrerseits hat inzwischen das mächtige Werkzeug der Mesothoriumstrahlen bekommen. Die große Toleranz der inneren Genitalien des Weibes gestattet bei Röntgenstrahlen bis zu 10 000 Kienböck-Einheiten und bei Mesothorium 15 000 Milligramm-Stunden zu gehen. Zunächst wurden natürlich nur inoperable Krebse dieser Therapie unterzogen, einer der so behandelten Fälle wurde durch Abgrenzung des Krankheitsherdes schließlich operabel. Dieser Fall bewog B., im Laufe des letzten halben Jahres systematisch die Strahlentherapie bei der Krebsbehandlung anzuwenden. Ueber die an zwölf so behandelten Patientinnen gewonnenen Ergebnisse berichtet er dann näher. Klinisch kann man im allgemeinen mit dem Resultat zufrieden sein; ein Fall von Urethralcarcinom (56 Jahre alte Frau), der nur mit Verletzung des Sphinkter hätte operiert werden können, heilte unter Wirkung der Strahlen klinisch vollständig aus. Anatomisch sind die Erfolge nicht so radikal, aber immerhin bemerkenswert. Carcinomatöse Wucherungen gehen unter der Einwirkung der Strahlen zugrunde; gleichzeitig entstehen sklerotische Prozesse, die zu die Carcinomknoten umwallenden Sklerosen führen. Offene Carcinome reinigen sich durch Abstoßung des Carcinomgewebes, die Jauchung hört auf. In manchen Fällen, wie bei dem erwähnten Harnröhrenkrebs, kommt es auch zur Aufsaugung des Carcinomgewebes ohne vorgängige offene Nekrose. — Die Frage, wie tief wir mit der Strahlenwirkung gelangen können bezw. im Einzelfalle gelangt sind, läßt sich nicht sicher beantworten. Die mikroskopische Untersuchung exzidierter Oberflächenstückchen kommt hier natürlich nicht in Betracht. In dem Falle, der nach intensiver Strahlenbehandlung operabel wurde, ergab die anatomische Untersuchung des exstirpierten Organs, daß in der Umgebung des von den Strahlen beeinflußten Bezirks jenseits der sklerotischen Grenzplatte reichlich Carcinomnester vorhanden waren. Aehnliches ergab sich noch in zwei weiteren Fällen. Durch verbesserte Technik kann man hier sicher noch mehr erreichen. Durch kontinuierliche Einwirkung großer Dosen von Mesothoriumstrahlen können ausgedehnte Nekrosen entstehen, wie B. selbst an einem Falle erlebt hat, in dem es dadurch zur Blasenperforation kam; um die Sklerosenbildung zu ermöglichen, muß man vielmehr dem Gewebe systematische Erholungspausen gönnen. Im großen und ganzen besteht das Vorgehen darin, daß man die das radioaktive Präparat enthaltende Kapsel für mehrere Stunden einlegt.

Die Strahlentherapie ist indiziert erstens in solchen an sich operablen Fällen, in denen große Gefahren oder schwere funktionelle Störungen von dem operativen Eingriff zu befürchten sind, zweitens bei inoperablen Fällen und drittens bei Rezidiven. Auch prophylaktische Behandlung operierter Personen zwecks Rezidivverhütung empfiehlt sich. Die endgültigen Resultate werden sich natürlich erst nach mehreren Jahren beurteilen lassen.

Herr **Haendly** erläutert das Vorgetragene durch Demonstration mikroskopischer Präparate.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 19. Mai 1913.

Vorsitzender: Herr Kraus.

Vor der Tagesordnung:

Ueber eine besondere Form von Lungenödem.

Herr **Kraus** hat bei Untersuchungen über die willkürliche Gestaltveränderung des Elektrokardiogramms in den letzten zwei Jahren sich mit einer bestimmten Art des Lungenödems beschäftigt; es ist ein Schulbeispiel von akutem, allgemeinem, profusem, alveolärem Lungenödem. Wenn man bei Kaninchen und Katzen günstige Bedingungen für ein Stauungsödem setzt, indem man in die Venen große Mengen (2—300 ccm) physiologische Kochsalzlösung einspritzt, so entsteht für eine Zeitlang eine starke venöse Plethora. Das Herz kann diesen Eingriff gut überstehen; wenn die Tiere frisch sind, so entsteht nie ein deutliches Lungenödem. Man sieht sofort am Herzen charakteristische Veränderungen des Elektrokardiogramms.

Wenn man bei diesen Versuchstieren, bevor man die NaCl-Lösung einspritzt, die Enden des Vagus durch Atropin ausschaltet, so ist der Verlauf etwas anders. Oedem entsteht nie. Wenn man aber den Vagus beiderseits am Halse durchtrennt, so entsteht das Lungenödem, gleichgültig, ob der Thorax geschlossen oder eröffnet ist, ob künstliche Respiration besteht oder nicht. Wenn man einem Kaninchen zunächst mit Atropin die Vagusendigungen ausschaltet und dann die Infusion ausführt, so tritt kein Lungenödem auf. Durchschneidet man die Vagi, so kann dies bei vorheriger Einspritzung großer Mengen einen lebensrettenden Eingriff bedeuten. Sowie man aber noch weiter nur 50—100 ccm injiziert, entsteht Oedem. Das Tier produziert die Flüssigkeit so profus, daß sie im Strahl durch die Mundhöhle oder durch die Atmungskanüle herausschießt. Wesentlich ist der Umstand, daß der Vagus am Halse durchtrennt ist; es ist eine Unterbrechung von Fasern, welche nicht für Herz und Atmung die zentrifugale Innervation bringen, sondern es sind zentripetale Fasern, welche die Vasomotoren der Lunge auf reflektorischem Wege beeinflussen. Das Blut stoppt in den Lungen ganz besonders leicht.

Tagesordnung:

Zur Behandlung der schweren Fälle von Diabetes mellitus.

Herr **Brugsch**: Der Diabetes gilt entweder als die Folge verminderter Zuckerverbrennung oder einer Zuckerausschüttung, oder das Primäre ist die Ausschüttung und das Sekundäre ist die verminderte Verbrennung. Külz sprach sich für das letztere aus und die meisten Kliniker schließen sich ihm an. Nur die Noordensche und die Kraussche Schule machen eine Ausnahme.

Der Pankreasdiabetes des Hundes ist ein schwerer Diabetes; er kommt auch beim Menschen vor. Diese Stoffwechselstörung ist aber nicht so schwer, wie ein ganz schwerer Fall von reinem Diabetes; der Quotient D : N steht mit 2,4 oft hinter der Größe des menschlichen Diabetes zurück. Sicher ist, daß auch der Pankreasdiabetes des Hundes und der Diabetes des Menschen nicht durch verminderte Glykolyse bedingt werden, daß auch im Blute und in den Muskeln nicht zu wenig glykolytisches Ferment vorhanden ist. Ebenso kann man sagen, daß der Pankreasdiabetes durch Fortfall nervöser Hemmnisse, z. B. nach Exstirpation des Pankreas und seiner Nervenbahnen, entstanden ist. Wahrscheinlich ist ein Hormon im Pankreas, das den Kohlehydratstoffwechsel reguliert, das endokrine Ferment. Dieses Pankreasferment wird wahrscheinlich dem Blute durch die Lymphe zugeführt. Cl. Bernads Piqûre, der Zuckerstich, wirkt unabhängig von dem Glykogengehalt der Leber. Durchschneidet man den rechten Grenzstrang des Sympathicus, so ist der Zuckerstich immer, beim linken aber nicht mehr ausführbar. Es liegt also die Reaktion in der Bahn des linken Grenzstranges des Sympathicus.

Es gibt Arzneimittel, die peripher (über den Sympathicus) und zentral (über die Medulla oblongata) wirken. Adrenalin ist ein solches, das, subkutan oder intravenös einverleibt, Glykosurie hervorruft (Blum). Es „mobilisiert" das Glykogen. Meyer sah nach Fortnahme der Nebenniere keine Wirkung nach der Piqûre, was Cahn bestätigte; er nahm als Zentrum die linke Nebenniere an. Cahn fand, daß, wenn man 0,5 mg Adrenalin einem Kaninchen injiziert, es im Blut verschwindet; ein negativer Befund im Blute gestattet keinen Schluß auf die Erfolglosigkeit der Versuche. Die Piqûre veranlaßt die Nebenniere, den chromaffinen Bestandteil abzugeben. Jarisch zeigte aber, daß nicht der Reiz auf die Medulla oblongata die Entladung dieser Substanz veranlaßt, sondern der Operationsreiz an sich; denn ein peritonealer Reiz oder ein anderer am Halse wirkt ebenso. Besonders schön sieht man das, wenn man die andere Nebenniere herausnimmt. Bei jedem Nervenreiz gibt sie chromaffine Substanz ab.

Geht nun der Reiz nur über die linke Nebenniere hinweg? Das ist unwahrscheinlich. Der Reiz kann über den Sympathicus zur Leber mit demselben Effekt wandern. Starkenstein durchblutete die Leber mit Adrenalin und verglich zwei Leberlappen, die er vor und nach der Operation exstirpierte, auf ihren Gehalt. Er fand keine Verminderung des Glykogengehaltes. Vortr. fand, daß in der Tat doch eine Glykogenausschwemmung statthat, daß sie aber selbst bei großen Dosen Adrenalin sehr gering ist. Adrenalin wirkt wohl auf den Sympathicus (Starkenstein).

Eine Adrenalininjektion oder eine Piqûre macht noch keinen Diabetes. Ist es eine Mobilisierung oder verminderte Verbrennung? Zülzer machte den ersten Versuch, das Wesen des Diabetes zu erklären; er meinte, beide Formen von Diabetes haben eine große Aehnlichkeit. Er führte Durchblutungsversuche mit Adrenalin und Pankreasextrakt aus. Letzteres wirkt hemmend auf Adrenalin. Damit behandelte Hunde bekommen nicht mehr Glykosurie, wenn man ihnen Adrenalin einspritzt. Zülzer nahm eine entgiftende Wirkung an. Falta und Biedl nehmen nur eine Hemmung an. Biedl und Offer haben Adrenalin auf den enukleierten Froschbulbus wirken lassen. Es erweitert die Pupille; Pankreassaft wirkt hemmend. Folglich muß es ein Antagonist des Adrenalins sein, das ein Förderer des Sympathicus ist. Eine gegenteilige Ansicht vertreten Fürth und Schwarz. Sie haben Pankreasextrakt und Adrenalin eingespritzt, ohne Glykosurie zu bekommen; aber Adrenalin war vermehrt im Blut nachweisbar. Es ist also die Nierendichtigkeit eingetreten. Es kann dann zur Hyperglykämie, aber nicht zur Glykosurie kommen. Noorden und Kraus nehmen an, daß der Diabeteskranke, mindestens der Pankreasdiabetiker, den Tonus bekommt, der durch den linken Sympathicus zur linken Nebenniere wandert; er mobilisiert das Adrenalin; es kommt zu einem Reizzustand in der Nebenniere. Falsch erscheint die Annahme, daß der Reiz gerade über die linke Nebenniere geht; möglich ist, daß ein dauernder Reizzustand des Sympathicus vorliegt.

Manches spricht für eine Analogie des Experimentes mit dem schweren Diabetes. Gibt man Adrenalin Tieren, die man durch die Arbeit auf der Tretbahn kohlehydratfrei gemacht hat, so tritt wieder ein Glykogendepot in der Leber auf. Das tritt auch auf, ohne daß eine Spur von Zucker im Magen-Darmkanal vorhanden ist. Das Adrenalin zerstört das Glykogen nicht nur, sondern baut es auch auf. Wie steht es beim Diabetes des Menschen? Ist bei schwerem Diabetes jede Zuckerverbrennung aufgehoben? Man bejahte das früher ohne weiteres. Später wurde man anderer Meinung. Sicher ist, daß ein pankreasloser Hund, dem man Strychnin gibt, einen Respirationsquotienten wie ein gesunder Hund, CO_2 : 0 wie 1, hat. In der Tat hat der Hund dann Kohlehydrate verbrannt. Aber zunächst kann man sagen, wo Muskeln arbeiten, da arbeiten sie mit Kohlehydratverbrennung. Dann wird jeder schwere Kranke, der mit dem Herzen usw. Muskelarbeit leistet, Kohlehydrate verbrennen. Dann hat der Hund durch die Strychninkrämpfe mehr CO_2 abgedunstet. Das Blut ist bei ihm wie bei einem anderen Hunde neutral. Dialysiert man, so findet man im Blute weniger Bindung durch Alkali als beim normalen Hunde. Darin liegt wohl die Erklärung, daß der pankreasdiabetische Hund den Zucker schlechter als der gesunde Hund verbrennt, welcher Milchsäure aufkommen läßt. Das ist aber noch nicht entschieden; aber die Erhöhung ist zum größten Teile durch die Verbrennung des Zuckers bedingt. Auch bei Leberausschaltung fand man das gleiche Resultat. Fraglos verbrennt auch der Schwerkranke Kohlehydrate; er verrichtet Muskelleistung und scheidet dabei weniger Kohlehydrate aus. Nur die ganz schweren Fälle, die sehr herunter sind, werden durch geringe Arbeit so angestrengt, daß sie Zucker verschwenden, und sie führen zu jenem Schlusse. Wenn wirklich Störungen der Verbrennung da sind, so ist die sekundäre Erscheinung der Zuckermobilisierung erklärlich.

Wichtig ist die Größe des Gesamtumsatzes. Vortr. fand, daß die Kranken alle genau so viel Kalorienumsatz wie ein gesunder Mensch haben. Das ist von anderer Seite bestätigt worden. Auch Vortr. sah, daß ein Schwerkranker, der bestimmt eingestellt war, seinen Umsatz heruntergesetzt hatte, also statt 35 nur 25 Kalorien umsetzte. Also der Kranke kann den Umsatz einschränken. Denn der Hauptumsatz wird immer von Kohlehydraten gedeckt. Eine Anpassung existiert sicher; ebenso besteht sicher eine Verschwendung. Ueberschüttet man den Schwerkranken mit Nahrung, so kann ein solcher vermehrten Umsatz haben, ein Beweis dafür, daß durch das Fehlen des Kohlehydrates eine Einstellung oder eine Steuerung wie bei keiner anderen Krankheit möglich ist.

Die Frage: Was ist schwerer Diabetes? ist leicht in der Klinik zu beantworten. Läßt der Kranke sich bei kohlehydratfreier Nahrung bald entzuckern, so ist er leicht, tut er es nicht, so ist er schwer krank. Diese Trennung ist nicht immer gut. Man kann dem Kranken nicht immer von vornherein zuckerfreie Diät geben; man kann die Nahrung weiter geben, wägt sie, berechnet ihre Kohlenhydratmenge und ihren Eiweißgehalt und vergleicht Einnahme und Ausgabe, d. h. zieht die Bilanz. Sieht man bei mehrtägiger Einstellung eine negative Bilanz, so ist das ein schwerer Fall.

Dieses Verfahren gibt die Möglichkeit, aus der bestehenden Diät in eine gegebene Diät überzuspringen.

Der schwere Diabetiker hat eine Eigentümlichkeit: er reagiert gegen bestimmte Nahrungsstoffe ebenso, als wenn man

Adrenalin gibt, z. B. bestimmte Eiweißarten. Eiweiß oder seine Bruchstücke, z. B. die Aminosäuren, reizen zur Mobilisierung des Glykogens in der Leber. Das letztere wird sofort als Zucker ins Blut geworfen. Es gibt Menschen, die gegen ein Eiweiß mehr oder weniger empfindlich sind. Aus der Eiweißempfindlichkeit ergibt sich viel, besonders für die Therapie.

Der Diabetiker ist nur gegen Eiweiß empfindlich, das ihm auf dem Wege durch den Magen und Darm zufließt. Gegen auf andere Weise gereichtes ist er in bezug auf die Zuckermobilisierung nicht so empfindlich. Durch Hungern wird jeder Diabetiker zuckerfrei, auch der pankreaslose Hund; gegen sein eigenes, zur Verbrennung kommendes Eiweiß ist er nicht so empfindlich. Ob es aus den Aminosäuren etc. entsteht, ist belanglos. Wir leben von Bruchstücken der Eiweiße und Fette. Die Leber kann es nach Belieben zersetzen und aufbauen. Das Eiweiß, das aus den Pflanzen stammt, wirkt nicht so mobilisierend wie Eiweiß aus Rind- oder anderem Fleisch.

Die Therapie erfordert also die Einschränkung des Eiweißes; man kann mit wenig Eiweiß und relativ viel Kohlehydraten ernähren und umgekehrt; was ist besser? Schütt und Embden gaben Leuten, die zur Jagd gingen, 40—50 g Eiweiß. Beim Schwerkranken kommt es nur auf die Verlängerung des Lebens, nicht auf die Muskelleistung an; bei wenig Eiweiß und 100 g Kohlehydrat wird Pat. weniger Zucker als im umgekehrten Falle ausscheiden. Das beweist die starke Eiweißempfindlichkeit des Kranken. Am besten gibt man ein Minimum von Pflanzeneiweiß und ein Maximum an Kohlehydraten. Man muß aber individualisieren. Immer zeigte sich, daß auf die Dauer das Eiweißminimum (60 bis 70 g) und 80 bis 100 g Kohlehydrate zusammen das beste ist. So kann man die Kranken auf ein niedriges Niveau der Zuckerausscheidung bringen. Sehr gut ist es auch, Gelatine reichlich zu geben, die ein Bestandteil des Eiweißes ist. Dazu kommen die Hunger- oder besser gesagt Gemüsetage. Von Zeit zu Zeit geht man auf ein niedriges Niveau (40 g) von Pflanzeneiweiß mit Fett und Kohlehydraten herab.

Aber immer muß man die Kranken unter Obacht halten; nimmt die Glykosurie zu, so ist nicht zu reichliche Gabe von Kalorien zu gestatten; möglichst niedrig ist das Niveau einzustellen. Darunter leidet das Allgemeinbefinden durchaus nicht.

Diese Ausführungen sollen keine feste Richtschnur für die Therapie geben, sondern nur eine Diskussion anregen.

Mode.

---

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **Friedrich** (Königsberg) bespricht Pankreasaffektionen (ungewöhnlich große Steinbildung, Pankreatitis) und seltenere Affektionen des Duodenums (Carcinom, Polyposis, Divertikelbildung) in ihrer Bedeutung für die Differentialdiagnose des Ulcus duodeni, auf Grund von 16 Fällen eigener Beobachtung. (An der Königsberger Klinik kamen in dem Zeitraum von 1½ Jahren auf 193 Magen- und Duodenaloperationen nur fünf Ulcera duodeni und zwei Carcinome.) Bei seinen Fällen von Duodenalulcus ist immer die lange Dauer des vorausgegangenen Krankseins, fast ausnahmslos als „Magen"leiden bezeichnet, durchschnittlich häufiger als sonst berichtet, Erbrechen, fast regelmäßig nächtlicher Schmerz, hin und wieder die selbst beobachtete Abmagerung aufgefallen. Stenosenerscheinungen und Blutbrechen fanden sich namentlich beim Duodenalcarcinom; bluthaltige Stühle auch beim Duodenalulcus. Das Symptom des „Hungerschmerzes" trat ihm beim Ulcus nur vereinzelt entgegen, das der Duodenalblähung wurde häufiger bei gleichzeitigen oder isolierten Affektionen des Pankreas (Pankreatitis, Pankreasstein, Pankreasdermoid) beobachtet. Unter 14 Fällen von Ulus und Carcinom des Duodenums fand sich sechsmal, und zwar dreimal bei Ulcus, eine Mitbeteiligung des Pankreas. Die von ihm beobachteten sechs Carcinome des Duodenums gingen in zwei Fällen mit lebenbedrohender Rückwirkung auf Choledochus (Melanicterus, Pankreasnekrose) und Pancreaticus einher. Außerdem berichtet Friedrich über zwei Fälle, wo ein großes Divertikel des Duodenums hart an der Choledochusmündung, bezw. ein ungewöhnlich großer (3,9 × 3 cm) Pankreasstein tödliche Komplikationen herbeiführten.

Herr **Bier** (Berlin) hat das Ulcus duodeni zuerst häufiger, dann auch richtiger diagnostizieren gelernt. Auf okkulte Blutungen legt er großen Wert; fast stets führt er die Gastroenterostomie aus und verschließt den Pylorus nach verschiedenen Methoden, ohne von irgend einer befriedigt zu sein. Bei einer Relaparotomie nach Verschluß mittels Fascienstreifen sah er perigastrische Schwielen. Gegenwärtig zieht er die Einfaltung nach Moynihan vor. Die Resektion vermeidet er wegen der Schwierigkeit der Stumpfversorgung.

Herr **Kolb** (Heidelberg) berichtet über 18 Fälle von Umschnürung mit autoplastischem Material. Neun mindestens 6 Monate alte Fälle wurden röntgenologisch nachuntersucht mit bestem Ergebnis für die Methode. Der Streifen auf Fascia lata — eventuell einmal auch aus Netz — soll 3 cm breit sein und nicht übermäßig angespannt werden.

Herr **Voelcker** (Heidelberg): Der Circulus vitiosus kommt nach seiner Ueberzeugung durch kleine technische Fehler zustande. Um ihn zu vermeiden, markiert man sich die Stelle, wo der Magen die Plica duodeno-jejunalis berührt und legt von da aus die Verbindung steil nach oben an. Nach der Reposition resultiert dann ein völlig ungeknickter Verlauf; wollte man bei dem eventrierten Magen die Verbindung anlegen, so würde man nach der Reposition Abknickung erhalten.

Herr **Hofmeister** (Stuttgart): Die angeblichen Schwierigkeiten der Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg fallen fort, wenn man 8 cm oberhalb des Pylorus durchtrennt. Er selbst hat 8 Ausschaltungen, 3 Resektionen und 3 Gastroenterostomien wegen Ulcus duodeni ausgeführt, ohne in dieser Serie einen Todesfall zu zählen.

Herr **Kelling** (Dresden): Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus pylori und Ulcus duodeni ist nicht ausführbar, ebensowenig die Abgrenzung gegen Cholecystitis. Gegen Blutungen — er hat zwei Nachblutungen gesehen — empfiehlt er Auflegen von Sandsäcken und Aufblähung des Colons.

Herr **Boit** (Königsberg): Auch das Symptom der Blutungen ist unsicher. Sie können, wie ein Fall von ihm zeigt, kapillaren Ursprungs sein, ohne daß Ulcus da ist. Die Gastroenterostomie gibt selbst da, wo alle klinischen Symptome vorhanden sind, kein besonderes Resultat; er macht daher Probelaparotomien und macht einfach wieder zu, wenn er nicht selbst das Ulcus sieht.

Herr **Adolf Schmidt** (Halle a. S.): Zur Operation kommen meist nur vorgeschrittene Fälle, kallöse Ulcera duodeni. Diesen müssen aber Schleimhautulcera vorausgehen, deren Frühdiagnose anzustreben ist. Hier liegt der Wert der Säurebestimmungen. Hyperchlorhydrie und Hypersekretion, deren Unterscheidung undurchführbar ist, indem beide ein Mißverhältnis zwischen Sekretion und Abfuhr ausdrücken, müssen den Verdacht auf Ulcus lenken; bloß nervös sind sie niemals, können dagegen auf einem Katarrh beruhen. Vielleicht wird die Röntgenuntersuchung hier weiterführen können. Was bei dem häufigen Zusammentreffen nervöser Symptome und des Ulcus auch ursprünglich Ursache und was Wirkung sein mag, jedenfalls bilden beide einen Circulus vitiosus. Es liegt ein Widerspruch darin, wenn man auf Grund pathologisch-anatomischer Statistiken die Heilungsmöglichkeit des Ulcus duodeni bestreitet (dabei weiß man doch, daß Schleimhautulcera spurlos verschwinden können) und andererseits die Remissionen im Krankheitsverlauf auf Heilungsprozesse zurückführt. Redner ist überzeugt, daß Schleimhautulcera unter fachgemäßer interner Behandlung auch im Duodenum häufig ausheilen, und betont, daß die Unmöglichkeit, den Erfolg der Therapie von spontanen Remissionen zu unterscheiden, die chirurgische Behandlung in dem gleichen Grade trifft, wie die internistische. (Fortsetzung folgt.)

V. Bücherschau.

Ueber Herpes iridis und andere seltenere herpetische Augenerkrankungen. Von Privatdozent Dr. **W. Gilbert** (München). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Bd. 9, H. 2. Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 25 S. 1 M.

In der vorliegenden Abhandlung schildert Verf. größeren Teils auf Grund eigener, sehr sorgfältiger klinischer Beobachtungen eine Gruppe von bisher nicht genügend beachteten Augenerkrankungen, welche bei herpetischen Erkrankungen (Herpes zoster ophthalmicus und Herpes corneae febrilis) in typischer Weise vorkommen. Es handelt sich hierbei in erster Linie um eine charakteristische Erkrankung der Regenbogenhaut, bei welcher nach Verf. typisch sind: 1. neuralgische Schmerzen, welche den Prozeß einleiten; 2. zirkumskripte Irisschwellungen, die den Zostereruptionen an der Haut entsprechen; 3. allgemeine oder zirkumskripte Hyperämie der Iris, besonders innerhalb des kleinen Kreises; 4. einmalige oder wiederholte Vorderkammerblutungen, worauf die Schmerzen nachlassen. Die beiden letztgenannten Symptome sind bei Herpes iridis konstant. Ferner erscheinen, wenn auch weniger häufig, bei herpetischen Erkrankungen Affektionen des Corpus ciliare der Aderhaut, des Sehnerven und der Bindehaut vorzukommen, was Verf. an einigen Beobachtungen nachweist.

Ueber traumatische Linsenluxation. Zugleich ein Beitrag zur Entstehung der Sphinkterrisse und der Aderhautablösung. Von Dr. med. **Hermann Davids**, Augenarzt zu Münster i. W. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Bd. 9, H. 3. Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 32 S. 1 M.

Gestützt auf eigene Beobachtungen, sowie auf Grund fleißiger Durcharbeitung der Literatur schildert Verfasser das klinische Bild der traumatischen Verschiebung der Linse. Besonders eingehend beschäftigt er sich mit den mechanischen

Bedingungen, durch die eine traumatische Linsenluxation zustande kommt; ferner mit der Diagnose und den therapeutischen Maßnahmen, welche je nach den Besonderheiten des einzelnen Falles zu treffen sind. Durch eine Reihe von Fällen aus der Literatur und der eigenen Praxis veranschaulicht Verf. in instruktiver Weise den Verlauf und die Behandlung von traumatischen Linsenluxationen.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. Festschrift zum 100jährigen Bestehen des städtischen Krankenhauses links der Isar 1813—1913. Herausgegeben von Prof. Dr. **J. von Bauer**, Direktor des städtischen Krankenhauses links der Isar. Band 15. 1909—1910. Mit 63 Abbildungen im Text, 16 Tafeln und 1 Plan. München 1913, J. F. Lehmanns Verlag. 722 S. 20 M.

Vorliegende umfangreiche und schön ausgestattete Festschrift enthält in ihrem ersten Teile, fast 300 Seiten stark, eine von Prof. H. Kerschensteiner mit großer Sorgfalt ausgearbeitete Geschichte der Münchener Krankenanstalten, insbesondere des Krankenhauses links der Isar, welches in diesem Jahre sein hundertjähriges Jubiläum begeht. Diese geschichtliche Darstellung bietet zunächst in allgemein-kulturhistorischer Beziehung viel Interessantes, gleichzeitig aber gibt sie wertvolle Einblicke in die Geschichte der Medizin und des medizinischen Unterrichts in München. Alle Aerzte und Kliniker, die seit der Gründung des Krankenhauses links der Isar bis auf die jüngste Zeit in leitender Stellung an ihm tätig waren, werden uns in anziehenden biographischen Skizzen vorgeführt, darunter der im vorigen Jahre verstorbene Professor J. v. Bauer, der das Erscheinen dieser von ihm noch vorbereiteten Festschrift nicht mehr erleben sollte. Im übrigen enthält die Schrift die Verwaltungsberichte über die Tätigkeit der Münchener Krankenanstalten während der Jahre 1909 und 1910 resp. 1911, endlich eine Anzahl von kleineren und größeren klinischen Arbeiten und kasuistischen Mitteilungen aus den verschiedenen Münchener Kliniken.

Jahrbuch über Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der physikalischen Medizin. Begründet und herausgegeben von Prof. Dr. **Ernst Sommer**, Direktor der Universitätspoliklinik für physikalische Therapie in Zürich. 2. Band. Leipzig 1912, Otto Nemnich, Verlag. 458 S.

Im Verein mit einer Reihe von bekannten Mitarbeitern, die zum größten Teil einen autoritativen Ruf auf dem von ihnen bearbeiteten Gebiete genießen, stellt der Herausgeber in diesem nunmehr zum zweiten Male erscheinenden Jahrbuche die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der physikalischen und diätetischen Heilmethoden zusammen. Der Stoff ist in Form von einzelnen Aufsätzen behandelt, in denen die einzelnen Autoren ihr Thema auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen, aber mit Berücksichtigung der von anderen Forschern erhaltenen Ergebnisse zusammenfassend behandeln. Aus dem Inhalt des Bandes heben wir hervor die Kapitel über Elektrotherapie, bearbeitet von Steffens (Freiburg) [Anionenbehandlung], Zanietowski (Krakau) [Elektrotherapie im engeren Sinne], Nagelschmidt (Berlin) [Diathermie und Hochfrequenzbehandlung], de Keating-Hart (Paris) [Fulguration und Krebsbehandlung], Heliotherapie (Dr. Bernhard [St. Moritz]). Fragen aus dem Gebiete der Hydrotherapie behandeln Sommer und Winternitz. Die Technik der modernen Inhalationstherapie schildert Prof. Julius Lazarus (Berlin). Die Klimatotherapie ist von Erb (Heidelberg), Frankenhäuser (Baden-Baden), N. Zuntz (Berlin) bearbeitet. Die neueren physikalischen Behandlungsmethoden des Krebses bespricht Czerny (Heidelberg) zusammen mit seinem Mitarbeiter Dr. Werner. Ueber Radium- und Emanationstherapie schreiben Löwenthal (Braunschweig) und Sommer, über Röntgentherapie H. E. Schmidt (Berlin) und Sommer, über Strahlentherapie (ultraviolette Strahlen, Quarzlampe) Axmann (Erfurt) und Brustein (St. Petersburg). Stabsarzt Kuhn behandelt die Lungensaugmaske, Eugen Joseph (Berlin) die Hyperämiebehandlung, Glax (Abbazia) und Häberlin (Föhr) die Thalassotherapie; von Paul Lazarus (Berlin) rührt ein Beitrag über Bewegungssport und Blut her; Aschoff (Kreuznach) bespricht die Radioaktivität der Heilquellen. Suchier (Freiburg i. B.) bespricht im Anhang Fragen der Ernährungslehre. Wie man sieht, ist der Inhalt sehr reichhaltig. Das Werk ist gut geeignet, den praktischen Arzt mit den modernen Fortschritten der physikalischen Heilmethoden bekanntzumachen. R. L.

VI. Feuilleton.

Medizinische Erfahrungen aus dem Balkankriege.

Von Dr. **Alfred Frank** (Charlottenburg).

(Schluß.)

Die Verletzungen der Nerven, hervorgerufen sowohl durch Durchschießungen als durch Lähmungen bei Frakturen, haben wir im Etappenlazarett nicht behandelt, sondern prinzipiell nach Athen geschickt.

Was nun die äußere Ausführung unserer Operationen anbetrifft, so waren wir in Saloniki in der glücklichen Lage, als Ort unserer Tätigkeit das modern eingerichtete Hospital Hirsch bekommen zu können. Vor unserer Anwesenheit daselbst hatten türkische Militärärzte dort gehaust und hatten als Spuren ihrer Tätigkeit einen unglaublichen Dreck hinterlassen, mit dessen und des Ungeziefers Beseitigung wir unsere ersten Kämpfe auszuführen hatten. Später haben wir darauf verzichtet, gegen das Ungeziefer vorzugehen; es war einfach unmöglich, da jeder neue Truppentransport uns Flöhe, Wanzen und Läuse jeder Art und Gattung wieder ins Hospital brachte. Weniger gut als in Saloniki waren wir in Levkas daran, wo uns als Ort unserer Tätigkeit ein uraltes Findelhaus zur Verfügung gestellt wurde, das noch dazu wegen der Erdbebengefahr nur aus Brettern bestand. Wir haben uns daselbst alles selbst einrichten müssen, Acetylenlicht installiert und uns mit den uns zur Verfügung stehenden kleinen Feldbetten so gut wie es ging beholfen. Wir Aerzte und Schwestern haben zwei Monate auf Tragbahren geschlafen. Heizung gab es anfangs trotz bitterster Kälte nicht, dafür wurden Kohlenbecken angeschafft. Wasserleitung war selbstverständlich nicht vorhanden; es mußte auch für Operationen das Wasser aus dem nahen Brunnen, der noch genau wie in der Antike aussah, geholt werden. Einfach gestaltete sich bei unseren Operationen die Narkose. Die griechischen Soldaten, die außerordentlich bedürfnislos sind und mit einigen Oliven und etwas Ziegenkäse sich tagelang ernähren können, haben außerdem die gute Eigenschaft, nicht zu trinken. Schnaps und Bier sind unbekannte Genüsse. Etwas Wein, der meist mit Harz versetzt ist und deshalb für uns Westeuropäer absolut ungenießbar ist, bilden das einzige alkoholische Getränk, unsere Patienten schliefen deshalb nach wenigen Tropfen Aether bei Narkose, wie die Kinder, ein.

Nur ein anderes Laster hat der griechische Soldat, wie überhaupt der Orientale, das ist das Zigarettenrauchen. Es wird Sie interessieren, daß in allen Lazaretten, auch auf den inneren Abteilungen, die Kranken Zigaretten rauchen. Im Anfang konnten wir uns an den Anblick und den Geruch des rauchgeschwängerten Krankensaales gar nicht gewöhnen und wollten es verbieten; wir haben aber doch sehr bald unsere Ohnmacht gegenüber dieser geheiligten Tradition einsehen müssen.

M. H.! In Saloniki haben wir Gelegenheit gehabt — wie ich offen gestehe, nicht gerade zu unserer besonderen Freude —, auch reichlich interne Kranke zu behandeln. Es war einfach unmöglich, diese Transporte, die meistens nachts zu 50, 100 und auch 150 Kranken ankamen, abzuweisen. Hatten wir keinen Platz, so mußten die Soldaten auf Stroh oder Heu in den Korridoren untergebracht werden. Todmüde fielen die armen Kerle, häufig mit ungesicherten Gewehren im Arm, auf dieser Lagerstätte nieder, und wir haben unsere ärztliche Tätigkeit bei solchen Transporten in den ersten 24 Stunden vollkommen ausgeschaltet, die Patienten schlafen lassen, ihnen höchstens eine warme Suppe verabfolgt. In der Hauptsache rekrutierten sich derartige Transporte von innerlich Kranken aus ausgehungerten und übermüdeten Soldaten, die nach einiger Zeit wieder weitergeschickt werden konnten. Wir haben jedoch auch eine große Anzahl von Dysenterie, Pneumonie, epidemischer Genickstarre und vor allen Dingen Typhus und Malaria behandeln müssen. Eine unserer Mitarbeiterinnen, die sich in Saloniki bei der Pflege mit Typhus infizierte, ist dort fern von ihrer englischen Heimat begraben worden. Bei der Notwendigkeit, diese innerlich Kranken mitbehandeln zu müssen, haben wir häufig die Anwesenheit eines geschulten Internisten oder Bakteriologen vermißt. Wir hatten keine Möglichkeit, bei Typhus oder Malaria, die ja in Griechenland endemisch ist, anfangs mikroskopische Untersuchungen machen zu können, und es war deshalb für uns häufig schwierig, schnell eine exakte Diagnose zu stellen und für eine richtige Auswahl der zu isolierenden Kranken Sorge zu tragen. Meiner Ansicht nach sollte in jedem Lazarett auch ein intern ausgebildeter Arzt vertreten sein. Die Pockenfälle, die vereinzelt im griechischen Heere vorgekommen sind, wurden in besonderen Hospitälern behandelt; Cholera ist meines Wissens nicht beobachtet worden.

Und nun, m. H., noch einige Worte über die Organisation. Wie wichtig für ein gutes Funktionieren des militärärztlichen Betriebes eine gute Organisation ist, wie wichtig es ist, für regelmäßige Verpflegung und vor allem für geeignete Transportmittel zu sorgen, ist Ihnen bekannt. Wichtiger als das Können des Einzelnen ist ein Ineinandergreifen, ein Zusammenarbeiten des großen Ganzen. Entscheidend für das Wohl und Wehe großer Verwundetentransporte ist das rechtzeitige Vorhandensein der Transportmittel. Das griechische Militär-Sanitätswesen ist nach französischem Muster durch die französische Militärmission organisiert gewesen und hat im wesentlichen den Ansprüchen genügt, die an ein derartiges Unternehmen gestellt werden müssen. Es hat vor allen Dingen, im Gegensatz zu anderen Armeen, niemals an Nahrungsmitteln für die Verwundeten gefehlt. Auch die Transportmittel sind, wenigstens in späterer Zeit, reichlich vorhanden gewesen, von den primitiven

zweirädrigen Karren bis zum Lastautomobil und Lazarettschiff. Was mir als Manko erschienen ist, das war das vollkommene Fehlen von ärztlichem Unterpersonal. Die Griechen besaßen weder ausgebildete Lazarettgehilfen noch Schwestern. Wir haben uns immer in besonderen Krankenträgerübungen einzelne Soldaten für das Tragen und Heben der Verwundeten, z. B. von den Transportschiffen in das Lazarett, ausbilden müssen und haben bei der Intelligenz, die den meisten Griechen eigen ist, mit denselben auch ganz gute Resultate erzielt. Wir persönlich haben das Fehlen von Schwestern ja nicht empfunden, da wir in dieser Hinsicht mit ausgezeichnetem englischem und deutschem Personal versehen waren. Wir haben glücklicherweise weder mit Amateurschwestern, die sich aus allen Kreisen und Bevölkerungen zusammenfanden, noch auch mit Amateurkrankenträgern zu tun gehabt.

Neben dem eigentlichen Militär-Sanitätswesen, das in Deutschland und hauptsächlich in Frankreich ausgebildeten Militärärzten unterstand, haben den ärztlichen Dienst auf dem Felde ausgeübt Rote Kreuzmissionen fast aller Kulturstaaten, die zum Teil, wie beispielsweise das Schweizer und holländische Rote Kreuz, mit einer ganz außergewöhnlichen Generosität ausgestattet waren. Neben diesen Roten Kreuz-Missionen haben die einzelnen Prinzessinnen, denen der Patriotismus, namentlich der ausländischen Griechen, große Geldmittel zur Verfügung gestellt hatte, Hospitäler zusammengestellt, meist mit ausländischen Aerzten und Schwestern. Es soll nicht verhehlt werden, daß diese freiwillige Hilfstätigkeit, die sich, im Gegensatz zu unseren Bestimmungen in Deutschland, nicht dem Kommando der militärärztlichen Leitung unterzuordnen hatte, häufig, eben wegen der mangelnden gemeinsamen Organisation, zu Unzuträglichkeiten geführt hat. Es ist ganz selbstverständlich, daß derartige Hospitäler, die von Laien installiert werden, nicht immer dorthin kommen, wo sie am meisten nützen könnten, und daß auch bei derartigen Lazaretten untereinander manchmal sich ein mangelndes Ineinandergreifen bemerkbar macht. Es sollte daher, wie es ja in Deutschland der Fall ist, die Unterordnung der privaten Hilfstätigkeit unter das Kommando des Militärsanitätswesens unter allen Umständen gefordert werden. Die Hospitäler der Kronprinzessin Sophie, der jetzigen Königin, waren auf das reichste von ihrer Protektorin ausgestattet worden, und wir alle, Schwestern und Aerzte, werden in dankbarster Erinnerung auch stets der persönlichen Fürsorge gedenken, die die Kronprinzessin uns dauernd hat angedeihen lassen. Aufs mannigfaltigste hat dieselbe auch für das Weiterkommen der Verwundeten und namentlich der amputierten Soldaten Sorge getragen. Und dies um so mehr, da, so viel ich weiß, gesetzliche Fonds für verstümmelte Soldaten in Griechenland nicht zur Verfügung stehen.

M. H.! Aus dem Gesagten können Sie ermessen, wie reiche Erfahrungen auf ärztlichem Gebiete wir auf dem Kriegsschauplatze sammeln konnten, wieviel Neues und Interessantes wir gesehen haben. Wenn ich auf die Eindrücke allgemeiner Natur hier, wie schon gesagt, wegen Zeitmangels nicht eingehen darf, so möchte ich doch am Schluß ganz kurz eine derartige Bemerkung nicht unterdrücken. Wir sind, es ist fast allen so gegangen, nach Griechenland gekommen mit einer heimlichen Sympathie für die Türken und mit einem gewissen Skeptizismus gegenüber den Balkanvölkern, von denen wir aus Operettendichtungen und aus Witzblättern uns eine ganz verkehrte Vorstellung gemacht hatten. M. H.! Was von den Balkanvölkern in deutschen Zeitungen sehr häufig zu lesen gewesen ist, das ist ein Zerrbild der Wirklichkeit. Es handelt sich dort unten um junge emporstrebende Völker, die sich aufgerafft haben zu einem Befreiungskrieg gegen einen verrotteten und desorganisierten Bedrückerstaat. Es soll gar nicht beschönigt werden, daß in diesem Kampfe, der ein Rassenkampf ist, mancherlei Dinge vorgekommen sind, die besser unterblieben wären; aber bedenken Sie, daß diese jungen Völker nicht belastet sind mit der Sensibilität alternder Kulturen, daß in ihnen ein jahrhundertelanger Haß gegen die Fremdherrschaft Tradition geworden ist, so werden Sie manches, wenn auch nicht entschuldigen, so doch begreifen können. Wir sind griechischen Aerzten und griechischen Soldaten in gemeinsam geleisteter Arbeit, in gemeinsam durchlebten Strapazen nähergetreten, wir wünschen ihnen bleibenden Erfolg ihrer Kriegstätigkeit im Interesse der wiedererwachenden Kultur ihres Vaterlandes.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die von uns in der vorigen Nummer erwähnte, sofort übrigens angezweifelte Mitteilung der Tageszeitungen von der beabsichtigten Anstellung von 3000 **beamteten Aerzten** für die Durchführung der Reichsversicherung ist inzwischen bereits in der Form dementiert worden, daß diese Bestrebungen „als gescheitert anzusehen“ seien.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Adolf Baginsky, der bekannte Kinderarzt, der soeben sein 70. Lebensjahr vollendete, ist aus diesem Anlaß von der pädiatrischen Sektion des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde zum Ehrenmitglied ernannt worden.

— Dem durch wissenschaftliche und kommunale Tätigkeit bekannten Zahnarzt Dr. Paul Ritter ist der Professortitel verliehen worden.

— Prof. Dr. Eugen Holländer ist von der Londoner Royal Society of Medicine zum korrespondierenden Ehrenmitglied ernannt worden.

Halle a. S. Der Professor der Physiologie Dr. E. Abderhalden soll einen Ruf als Nachfolger des Professors der medizinischen Chemie E. Ludwig in Wien, der nach erreichter Altersgrenze in den Ruhestand tritt, erhalten und angenommen haben.

Budapest. Der emeritierte ordentliche Professor der inneren Medizin Prof. Dr. F. v. Koranyi, Mitglied des ungarischen Oberhauses, ist im 85. Lebensjahre gestorben.

Paris. Prof. S. Jaccoud, früher Professor der medizinischen Klinik an der Universität und Mitglied der Académie de Médecine, Verfasser einer Reihe einst viel gelesener klinischer Werke, ist im Alter von 82 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Freiburg i. B. Die Jahresversammlung der **Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte** findet vom 7. bis 9. September d. J. in Freiburg i. B. statt.

Gerichtliches.

Hannover. Wegen **unlauteren Wettbewerbes** war ein Krankenbehandler, der angekündigt hatte, daß er jede Ischias nach einem bewährten System dauernd heile, von der hiesigen Strafkammer auf Antrag des Kreisarztes zu 50 M. Geldstrafe verurteilt worden. Seine Revision wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen.

Remscheid. Mit **einer für die Unfallversicherung der Aerzte wichtigen Frage** hatte sich kürzlich das hiesige Amtsgericht zu befassen. Die Versicherungsbedingungen der meisten deutschen Unfallversicherungsgesellschaften machen den Anspruch auf Zahlung des versicherten Taggeldes davon abhängig, daß die ärztliche Behandlung ununterbrochen fortdauert; das Fortbestehen einer durch den Unfall herbeigeführten Beschränkung der Arbeitsfähigkeit genügt also für sich allein nicht zur Erhaltung jenes Anspruches. Es fragt sich nun, was man unter dieser ununterbrochen fortdauernden ärztlichen Behandlung zu verstehen hat, ob insbesondere die letztere, falls der Versicherte Arzt ist, durch die Selbstbehandlung ersetzt wird. Um die letzte Frage speziell handelte es sich in dem fraglichen Prozesse. Das Amtsgericht entschied in seinem Urteil vom 22. März d. J. im Sinne der beklagten Gesellschaft, indem es die Klage des betreffenden Arztes auf Fortzahlung des Taggeldes während der Dauer der Selbstbehandlung rechtskräftig abwies. Es führte zur Begründung u. a. folgendes aus:

Es unterliegt keinem Zweifel, daß der Kläger als Arzt, sowie nach seiner dem Gericht bekannten Persönlichkeit und in seinem Stande als beamteter Kreisarzt sich die fragliche Selbstbehandlung nach bestem Wissen und Gewissen hat angedeihen lassen und ebenso seine Arbeitsunfähigkeit eingeschätzt hat. Vorliegend handelt es sich indessen um eine grundsätzliche Frage, die allgemein gültig entschieden werden muß. § 5 No. 2 der Versicherungsbedingungen verlangt zunächst, daß der Versicherte unverzüglich und demnächst dauernd bis zum Abschluß des Heilverfahrens einen Arzt hinzuziehen muß. § 6 No. 3 sagt, daß die Entschädigung gezahlt werde innerhalb eines auf den Unfall entfallenden Jahres, während der ärztlichen Behandlung. Endlich bestimmt § 8 Abs. 2, daß die Entschädigung am Schlusse eines jeden Monats gegen Vorlegung eines ärztlichen Attestes über den Grad der Arbeitsunfähigkeit und die ununterbrochene Fortdauer der ärztlichen Behandlung ausgezahlt werde.

Diese Bestimmungen sind von einem gemeingültigen Standpunkt aus zu betrachten und nach diesem haben sie den Zweck, zwischen dem Versicherer und den Versicherten eine dritte unbeteiligte Person zu setzen, die ihrer besonderen Berufsbildung nach über die Tatsachen zu urteilen imstande ist, nach denen sich die Entschädigung bemißt.

Mag also ein Versicherter auch diese Berufsbildung haben, eine Selbstbehandlung und Selbsteinschätzung der Arbeitsunfähigkeit würde doch gerade dieses im Interesse beider Parteien eingesetzte Zwischenglied ausschalten. Das ist aber ebensowenig zu billigen, wie etwa das Umgekehrte, daß der Versicherer unter Ausschaltung des Versicherten durch eigene ärztliche Organe die Behandlung vornehmen und die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten einschätzen lassen wolle. Somit genügt die Selbstbehandlung des Klägers nicht, ihm den Entschädigungsanspruch zu erhalten.

Hiernach empfiehlt es sich für die Aerzte, beim Abschluß von Unfallversicherungen bezüglich der Selbstbehandlung und ihrer Wirkung auf den Umfang der Entschädigungspflicht mit der Versicherungsgesellschaft besondere Vereinbarungen zu treffen.

Verschiedenes.

Berlin. Die Fortschritte der praktischen Medizin umfaßt ein **Kurszyklus**, der in Berlin vom 19. bis 28. Juni d. J. von der „Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse“ veranstaltet wird, und zwar unter Mitwirkung des „Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen“. Der erste Hauptteil des Zyklus setzt sich zusammen aus 36 Vorträgen, die in ihrer Gesamtheit ein anschauliches Bild von den wichtigsten, gegenwärtig im Mittelpunkte des praktischen Interesses stehenden Einzelfragen der klinischen Medizin geben werden; der zweite Hauptteil besteht aus Kursen in allen Sonderfächern. Die Veranstaltung ist neuartig insofern, als hier — in dieser Form zum ersten Male — die aktuellen Gebiete aus den Hauptfächern der Medizin sowie die Spezialdisziplinen in nur 9 Kurstagen vorgetragen werden. Dies erlaubt auch dem vielbeschäftigten Arzte in der Provinz und auf dem Lande, ohne erhebliche Opfer an Zeit sich leicht und schnell eine Uebersicht von den Fortschritten seines Faches zu verschaffen. Programme sind unentgeltlich erhältlich im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4, und bei Herrn Melzer, Berlin N., Ziegelstr. 10/11 (Langenbeckhaus).

Danzig. Tageszeitungen zufolge schweben Verhandlungen, um hier eine **Akademie für praktische Medizin** zu errichten.

Hamburg. **Fortbildungskurse** finden am Allgemeinen Krankenhause Eppendorf in Hamburg in der Zeit vom 14. bis 23. Juli 1913 statt. Diese Kurse stehen im Zusammenhange mit den Akademischen Ferienkursen zu Hamburg (24. Juli bis 5. August 1913). Es finden Vorlesungen statt über: 1. Die praktisch wichtigsten Kapitel der Mykosenlehre; 2. Tuberkulose und Lungenkrankheiten; 3. die Leprafrage; 4. Infektionskrankheiten; 5. Herzkrankheiten; 6. Fortschritte auf dem Gebiete der Strahlenforschung und -therapie. Sowohl während der Kurstage als auch eventuell später finden vormittags klinische Visiten und Uebungen, sowie nachmittags in mehr oder weniger größerem Umfange klinische und bakteriologische Demonstrationen, praktische Uebungen usw. nach Verabredung statt. Ein detailliertes Programm versendet auf Anfordern kostenfrei: Bureau des ärztlichen Direktors, Allgemeines Krankenhaus Eppendorf, Hamburg 20.

— Hier ist in Angliederung an das Terrain des Eppendorfer Krankenhaus eine **Lupusheilstätte** eröffnet worden. Sie ist u. a. mit allen Einrichtungen der modernen Licht- und Strahlentherapie ausgestattet. Behufs Aufnahme stehen zurzeit 25 Betten zur Verfügung, während für ambulante Behandlung auf eine tägliche Frequenz von 100 Lupösen gerechnet wird. Oberarzt ist Dr. Paul Wichmann.

Düsseldorf. Der **Kursus über Soziale Medizin** an der hiesigen Akademie für praktische Medizin beginnt bereits am 30. Juni und dauert bis 11. Juli. Auskunft erteilt das Sekretariat der Akademie, Moorenstraße.

München. Im hiesigen staatlichen Arbeitermuseum wurde eine **gewerbehygienische Sammlung** eröffnet; sie ist das Werk des Landesgewerbearztes Dr. Kölsch.

VIII. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3. Kl. m. d. Schleife: Direktor des Hygienischen Instituts in Posen Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Wernicke.

Roter Adler-Orden 3. Kl.: Leibarzt Sr. Königl. Hoheit des Prinzregenten Ober-Med.-Rat Dr. v. Hoesslin in München.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Stadtarzt Prof. Dr. W. v. Drigalski in Halle a. S., Chefarzt Prof. Dr. K. Goebel in Breslau und Dr. F. Käss in Barop.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Geh. San.-Rat Dr. Wallichs in Altona.

Königl. Kronen-Orden 4. Kl.: Oberarzt Dr. J. Köllner in Würzburg.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. Altendorf in Prüm.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: Den San.-Räten Dr. A. Bayer in Aachen, Dr. Th. Conrad in Züllichau, Dr. A. Diesterweg in Berlin, Dr. H. Gemmel in Salzschlirf, Dr. H. Gerhartz in Rheinbach, Dr. E. Goetz in Danzig, Dr. E. Kelle in Weferlingen, Dr. W. Klein in Cöln, Dr. Th. Köhler in Weilburg a. L., Dr. H. Kron in Berlin, Dr. A. Lenné in Neuenahr, Dr. P. J. Olbertz in Bonn, Dr. L. Palm in Andernach, Dr. F. A. Reinstadler in Dillingen, Dr. O. A. F. Schmidt in Neudamm, Dr. K. Schumacher in Aachen, Dr. L. Sebold in Cassel, Dr. L. Sommerlat in Frankfurt a. M., Dr. J. Stern in Charlottenburg, Dr. Th. Voss in Emsdetten und dem Arzte Dr. Th. Treitel in Königsberg i. Pr.

Charakter als Sanitätsrat: Den Aerzten Dr. K. Abel in Berlin, Dr. B. Anton in Oels, Dr. G. Baron in Moye, Dr. E. Barth in Charlottenburg, Dr. H. Becker in Düsseldorf, Dr. K. Behrendt in Berlin, Dr. O. Bense in Nienburg a. W., Dr. K. Blumenthal in Ilfeld, Dr. S. Bokofzer in Berlin-Lichtenberg, Dr. P. Bongers in Königsberg i. Pr., Dr. H. Brehm in Berlin, Dr. H. Bunsmann in Münster i. W., Dr. K. Burhenne in Hannover, Dr. G. Buschan in Stettin, Dr. H. Claessen in Neuenahr, Dr. E. Claus in Grebenstein, Dr. M. Cohn in Berlin, Dr. E. Cramer in Breslau, Dr. H. Drescher in Pakosch, Dr. A. Elsässer in Hannover, Dr. H. Engel in Breslau, Dr. K. Faber in Bochum, Dr. E. Fleck in Cöln a. Rh., Dr. K. Frank in Berlin-Schöneberg, Dr. H. Friede in Altona, Dr. G. Gensen in Berlin, Dr. J. Glaser in Burg, Dr. E. Grätzer in Berlin-Friedenau, Dr. M. Gröbe in Franz. Buchholz, Dr. J. Hagemann in Bonn, Dr. E. Heimbach in Kyritz, Dr. S. Heinrichsdorff in Kolberg, Dr. H. Henningsen in Kiel, Dr. E. Henze in Berlin, Dr. H. Herz in Coblenz, Dr. M. Hirschberg in Lauenburg i. P., Dr. F. Hitzegrad in Kiel, Dr. C. Hoffmann in Hannover, Dr. C. Hoffmann in Habelschwerdt, Dr. J. Jacoby in Charlottenburg, J. Ide in Nebel auf Amrum, Dr. L. Ittmann in Breslau, Dr. M. Kandler in Kloster Haina, Dr. E. Keller in Berlin-Tegel, Dr. H. Kellner in Küllstedt, Dr. P. M. Ketelsen in Oldsum a. Föhr, Dr. P. Klaus in Hahnenklee, Dr. A. Kiessler in Barmen, Dr. F. Koch in Bad Reichenhall, Dr. G. F. H. Kollath in Gallnow, Dr. B. Kosterlitz in Berlin-Wilmersdorf, Dr. B. Kreisel in Gleiwitz, Dr. H. Kreuzberg in Hannover, Dr. A. Künkler in Kiel, Dr. A. v. Kunowski in Leubus, Dr. R. Kunze in Reichenbach i. Schl., Dr. M. Kuntze in Kattowitz, Dr. H. Lembeck in Magdeburg, Dr. K. Lepère in Hirschberg i. Schl., Dr. R. J. L. Leymann in Nienburg a. W., Dr. A. Lippmann in Charlottenburg, Dr. A. Löwenstein in Elberfeld, Dr. M. Lubowski in Wiesbaden, Dr. E. Manché in Berlin-Schöneberg, Dr. K. Mannaberg in Gleiwitz, Dr. H. Mayer in Frankfurt a. M., Dr. Th. du Mesnil de Rochemont in Altona.

Gestorben: Dr. F. Plathner in Liegnitz, Dr. A. Cossmann in Wehrau, Kr. Bunzlau, Geh. San.-Rat Dr. H. Dreesen in Elmshorn, Stadtarzt Marine-Oberstabsarzt a. D. Dr. F. Behrens in Wilhelmshaven, Stabsarzt a. D. Dr. F. Plüm in Düren.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. A. Lehnert in Bad Dürkheim.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. J. H. Reinhardt in Hamburg.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang — Berlin, 7. Juni 1913 — No. 23

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 7. Juni 1913** **No. 23**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Zur gefl. Beachtung!

Unsere Abonnenten, welche die Zeitung direkt vom Verlage durch das K. Post-Zeitungsamt überwiesen erhalten, bitten wir im Interesse der regelmässigen Zustellung der Zeitung folgendes zu beachten.

Abbestellungen sind rechtzeitig, spätestens **bis zum 15. Juni, an den Verlag** zu richten. Spätere Abbestellungen können **nicht** mehr berücksichtigt werden, da die K. Post einbezahlte Gebühren **nicht** zurückbezahlt.

Adressänderungen sind stets **dem Verlage** zu melden, welcher **einmalige** Ueberweisungen pro Quartal **kostenfrei** besorgt. Für wiederholte Adressänderung im Quartale ist die Ueberweisungsgebühr (50 Pfg.) vom Abonnenten zu entrichten.

Reklamationen einzelner Nummern bitten wir stets im eigenen Interesse **bei der betreffenden Postanstalt** anzubringen, da auf diese Weise die Nachlieferungen bedeutend schneller erfolgen können, als durch den Verlag.

Wiederholte Unregelmässigkeiten bitten wir stets direkt dem Verlage mitzuteilen, welcher in solchen Fällen immer umgehend Abhilfe schaffen wird.

Zahlungen für Exemplare, welche vom Verleger der Post zur Beförderung übergeben werden, sind **stets direkt an den Verlag, nicht an die K. Post,** zu richten. Im Falle von einzelnen Abonnenten die Zahlung an die K. Post beabsichtigt wird, **ist dem Verlage vorher Mitteilung zu machen, da sonst doppelte Lieferung** entsteht.

Oscar Coblentz, Verlagsbuchhandlung
(Verlag der „Allgem. medizin. Central-Zeitung").

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die chronische Mittelohreiterung und ihre Behandlung.

Von
Sanitätsrat Dr. **H. Klau** (Berlin).

(Schluß.)

Bei starker Granulationsbildung der Paukenschleimhaut ist die Behandlung mit absolutem Alkohol sehr empfehlenswert. Die von Schwartze in früherer Zeit geäußerten Bedenken, daß bei Anwendung des Alkohols leicht Thrombose eintreten könnte, weil der Alkohol den Geweben das Wasser entziehe, haben sich trotz vielfältiger Anwendung des Alkohols nicht bestätigt.

Nach gründlicher Ausspülung des Ohrs und sorgfältigster Austrocknung wird der absolute Alkohol eingeträufelt. Es empfiehlt sich übrigens, vor der Einträufelung des Alkohols die Schleimhaut der Paukenhöhle mit in Alkohol getränkter Watte, die um einen Watteträger gewickelt ist, vorsichtig auf ihre Empfindlichkeit zu prüfen, da manche Patienten danach die heftigsten Schmerzen bekommen können. Jedenfalls ist es auch geraten, nicht gleich bei der ersten Eingießung reinen absoluten Alkohol zu verwenden, sondern zur Hälfte mit Wasser verdünnt. Wird er gut vertragen, so kann man allmählich zu immer stärkerer Konzentration übergehen. Der Alkohol wird 5—10 Minuten lang im Ohr belassen, wobei auch hier zweckmäßig der Tragus wiederholt in die Gehörgangsöffnung eingedrückt wird, um die Flüssigkeit möglichst in alle Buchten der Paukenhöhle gelangen zu lassen. Diese Einträufelung muß täglich wiederholt werden. In einzelnen Fällen ist es sogar wünschenswert, die Einträufelungen 2—3 mal täglich vorzunehmen. Letzteres wird nun für den Arzt nicht in allen Fällen möglich sein, da man den Patienten nicht immer zur Hand hat. Gerade aber bei der Alkoholbehandlung ist es angängig, einen Teil der Behandlung dem Patienten selbst in die Hand zu geben, d. h. die Einträufelungen nach vorheriger Ausspritzung und sorgfältigster Austrocknung des Ohres ihn selbst vornehmen zu lassen. Selbstverständlich muß er in der Zwischenzeit unter ärztlicher Kontrolle bleiben. Tritt bei dem Patienten infolge der Alkoholbehandlung wiederholt Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, Uebelkeit ein, so ist von ihrer weiteren Anwendung Abstand zu nehmen. Es liegen dann tiefere Zerstörungen in den Mittelohrräumen vor, die ein operatives Vorgehen erfordern.

Auch selbst größere Granulationen werden durch die Alkoholbehandlung zum Schrumpfen gebracht; sonst kann man diese auch schneller durch Galvanokaustik oder durch Aetzen mit starker Lösung von Trichloressigsäure zum Schwinden bringen.

Größere Polypen werden am besten mit der kalten Schlinge oder mit dem scharfen Löffel entfernt, sofern sie dem operativen Eingriff zugängig sind. Ist dies nicht der Fall, so kann man sie auch durch Alkohol allmählich zum

Schrumpfen bringen, meist aber werden dann noch andere operative Maßnahmen sich als notwendig erweisen.

Hat man es mit einer kleinen Perforationsöffnung im Trommelfell zu tun, ist also die Schleimhaut der Paukenhöhle nicht sichtbar, so wird man nun nicht gleich in jedem Falle die Perforation erweitern. Es muß im Gegenteil zuerst der Versuch gemacht werden, durch strengste aseptische Reinigung, durch Ausspritzungen vom äußeren Gehörgang aus und durch die Tube die Eiterung zur Heilung zu bringen. Vor allem ist aber auch eine etwaige Erkrankung der Nase und des Nasenrachenraumes energisch in Behandlung zu nehmen, da es oft nur der chronische Nasen- und Nasenrachenkatarrh ist, der die Eiterung in der Paukenhöhle unterhält. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum sind bei Kindern zu entfernen, weil sie häufig durch ihren chronisch entzündlichen Zustand und durch die Beherbergung von allen möglichen Bakterien, vor allem auch von Tuberkelbacillen, immer wieder ungünstig auf die chronische Erkrankung des Mittelohrs einwirken.

Außerdem ist die peinlichste Reinigung der Nase und des Nasenrachenraumes von Schleim und Eiter ein Haupterfordernis. Starke Hypertrophien in der Nase sind durch Galvanokaustik oder instrumentell zu beseitigen.

Es würde hier zu weit führen, eingehender auf die Behandlung des akuten und chronischen Nasen- und Nasenrachenkatarrhs einzugehen. Wir verweisen dazu auf unsere Arbeit: „Der akute Mittelohrkatarrh und seine Behandlung“ [3]), wo diese Behandlung für den praktischen Arzt besonders berücksichtigt ist.

Erst wenn durch diese Maßnahmen kein Erfolg erzielt wird, ist die Trommelfellperforation ausgiebig zu erweitern (s. vorher) und vorstehende Behandlungsmethoden, je nach dem Befunde der erkrankten Schleimhaut, einzuleiten.

Auch die erkrankte Tuba Eustachii unterhält häufig die Mittelohreiterung. Hier konstatiert man oft am Tubenostium in der Paukenhöhle starke Schleimhautschwellung. Bei der Tubenentzündung findet sich meist ein großer Defekt vorn unten im Trommelfell, zuweilen auch Totaldefekt des Trommelfells. Die meist schleimig-eitrige Absonderung der Tube und die Entzündung in derselben erfordern eine besondere Behandlung. Durchspülungen vom Nasenrachenraum aus mittels Katheters, Aetzungen der geschwollenen Schleimhaut des Tubenostiums in der Paukenhöhle mit Lapislösung sind anzuwenden. Zuweilen leistet auch die Friktionsmassage mit Celluloidbougies gute Dienste. Das Bougie wird mittels eines Ohrkatheters in die Tube eingeführt und etwa ½ Minute die Massage vorsichtig ausgeführt.

Häufig wird die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch das Aufblasen von Borsäurepulver in feinster Verteilung günstig beeinflußt. Es gehört aber dazu eine weite Trommelfellperforation. Bei kleiner Perforation ist die Anwendung des Borsäurepulvers kontraindiziert, da hier das Pulver Eiterverhaltung hervorrufen könnte.

Zweckmäßig wird die Borsäure im späteren Verlauf der Behandlung, wenn also schon ein gewisser Fortschritt in der Heilung der erkrankten Schleimhaut zu verzeichnen ist, angewandt. Zuweilen aber empfiehlt sich auch eine kombinierte Methode der Anwendung des Borsäurepulvers, indem man sie gleich nach der Einwirkung der medikamentösen Flüssigkeiten und sorgfältigster Austrocknung derselben, auch nach Auskratzungen, mit Erfolg aufbläst.

Vorwiegend eignet sich die Borsäure bei Erkrankungen des mittleren und unteren Paukenhöhlenabschnittes; bei Erkrankungen des Rec. epitympanicus ist ihre Anwendung nur in beschränktem Maße zulässig, wenn diese Räume allseitig frei zugänglich sind. Bei komplizierten Raumverhältnissen aber, wie sie bei Verwachsungen und Verlötungen hier oft beobachtet werden, ist von der Behandlung mit Borsäurepulver abzusehen, da es hierbei leicht zu Eiterverhaltung durch Verstopfung der noch vorhandenen Ausführungsgänge kommen kann.

Auch bei anhaltend dünnflüssiger fötider Eiterung eignet sich das Borsäurepulver zunächst nicht, da es sich hierbei meist um Karies handelt, die vorerst andere Maßnahmen erfordert.

Bei der Behandlung mit Borsäurepulver ist eine dauernde, genaueste Beobachtung des Patienten seitens des Arztes Bedingung, um jede etwaige Eiterverhaltung sofort beseitigen zu können. Das Pulver darf auch nicht in großen Mengen aufgeblasen werden, so daß etwa der ganze äußere Gehörgang in der Tiefe damit angefüllt sei, wie wir des öfteren beobachtet haben. Ein solches Verfahren wird immer zu Eiterverhaltung und zu schweren Komplikationen Veranlassung geben.

Trocknet das Pulver in der Paukenhöhle ein, wobei es eine mehr oder weniger dünne weiße Schicht auf der Schleimhaut bildet, so ist dieses ein gutes Zeichen dafür, daß die Sekretion der Schleimhaut aufgehört hat. Erst nach Wochen ist es nötig, diese Borsäureschicht vorsichtig mit der Sonde, der Pinzette, mit mäßig anzufeuchtendem dünnen Wattepinsel zu entfernen.

Von der Anwendung aller anderen Pulver sehen wir ab, da wir von ihnen keinen besonderen Nutzen beobachtet haben, auch nicht vom Jodoformpulver, welches früher namentlich bei ausgesprochen tuberkulöser Erkrankung vielfach empfohlen wurde. Für die tuberkulöse chronische Mittelohreiterung eignet sich besser Jodtinktur mit nachheriger Einträufelung oder Betupfen mit Perhydrol; im besonderen wird aber hier die Behandlung eine chirurgische sein, da durch die Operation die Möglichkeit gegeben ist, alles Krankhafte gründlich zu entfernen.

Auch für die Anwendung der großen Zahl anderer medikamentöser Flüssigkeiten, die vielfach bei der Behandlung der chronischen Mittelohreiterung empfohlen werden, liegt kein allgemeines Bedürfnis vor, wenn sie auch im einzelnen einmal mit Erfolg angewandt werden können.

Ebenso verzichten wir auf alle noch vielfach angewandten adstringierenden Lösungen. Nachdem wir die Ursachen der chronischen Mittelohreiterung im Laufe der Zeit immer besser erkannt haben, erscheinen sie uns überflüssig, da sie höchstens nach längerer Anwendung die ganze Situation in der Paukenhöhle verschmieren.

Erzielt man mit den oben angeführten wenigen, aber durchaus erprobten Mitteln keine Heilung der chronischen Mittelohreiterung, so sind operative Maßnahmen erforderlich, mit denen man bei Mißerfolg mit der konservativen Behandlungsmethode überhaupt nicht zu lange warten soll.

Die nach der Heilung der chronischen Mittelohreiterung häufig zurückbleibenden Trommelfellperforationen versucht man durch Aetzungen der Ränder mit 10—50 proz. Trichloressigsäurelösungen zu schließen. Bei größeren Perforationen ätzt man etwa zweimal wöchentlich, bei kleineren noch seltener. Jedenfalls muß sich immer erst der Aetzschorf losgestoßen haben, bevor man eine neue Aetzung vornimmt. Nicht immer gelingt der Verschluß; zuweilen tritt sogar bei der Aetzung wieder erneute Eiterung auf. Bei persistenter Trommelfellperforation muß das Ohr mit Watte oder Gaze verschlossen werden.

Durch Luftdusche und Luftmassage kann man versuchen, die herabgesetzte Hörfähigkeit zu bessern. Etwaige Adhäsionen, die nach dem eitrigen Prozeß zurückgeblieben sind, werden oft schon dadurch gedehnt oder zerrissen, sonst müssen sie instrumentell durchtrennt werden. Die Anwendung künstlicher Trommelfelle empfehlen wir nur im äußersten Notfalle, wo vielleicht die Existenz des Patienten von der besseren Hörfähigkeit abhängig ist, weil durch diese Trommelfelle in den meisten Fällen infolge des Reizes, den sie ausüben, die Eiterung wieder angeregt wird.

Operative Maßnahmen sind bei der chronischen Mittelohreiterung erforderlich, wenn die Erkrankung entweder auf das Antrum und die Zellen des Warzenfortsatzes übergegriffen oder bereits tiefergreifende kariöse Zerstörungen in den Mittelohrräumen hervorgerufen hat, ferner auch in den meisten Fällen von Cholesteatombildung.

Die Karies der Mittelohrräume kann sich an den verschiedensten Stellen vorfinden. Liegen diese Herderkrankungen an der Labyrinthwand, so sind sie bei großer Trommelfellperforation während der Behandlung oft leicht erkenntlich, da diese Stellen durch ihr krankhaftes Aussehen sich ganz deutlich von anderen im Rückgang befindlichen, erkrankten Schleimhautpartien auszeichnen. Bei vorsichtiger Untersuchung mit der Sonde fühlt man dann an diesen Stellen deutlich den bloßliegenden Knochen durch. Die erkrankten Partien müssen dann äußerst vorsichtig, um eine Eröffnung des Labyrinths zu vermeiden, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und dann die obenbeschriebenen Behandlungsmethoden eingeleitet werden.

Finden sich die kariösen Herde am Boden der Paukenhöhle, dem sogen. Keller, so kann die Erkennung der Erkrankung schon größere Schwierigkeiten bereiten, da

[3]) Therapeut. Monatshefte, März 1910.

wegen der tiefen Lage unter dem Niveau der unteren Wand des knöchernen Gehörganges dieser Boden nicht zu übersehen ist. Durch Sondenuntersuchung wird auch hier in den meisten Fällen die kariöse Affektion festgestellt werden können. Schwieriger dagegen gestaltet sich hier die Auskratzung der erkrankten Stellen, da man auf das Gefühl angewiesen ist, und die Gefahr vorliegt, die unter dem Boden der Paukenhöhle gelegenen großen Blutgefäße zu verletzen. Erreicht man mit der einfachen Auskratzung keine Heilung, so kann es notwendig werden, nach Ablösung der Ohrmuschel und der hinteren und unteren Wand des äußeren häutigen Gehörganges das innerste Drittel der unteren knöchernen Gehörgangswand gegen den Boden der Paukenhöhle hin mit dem Meißel soweit abzuschrägen, bis dieser Boden frei zu übersehen ist.

Als Teiloperation der Radikaloperation wird dieser operative Eingriff häufig vorgenommen, während man sich bei isolierter kariöser Erkrankung des Kellers nur im äußersten Notfalle dazu entschließen wird.

Bei der Operation mit dem Meißel ist zu beachten, daß bei der Abtragung des unteren Teiles des Margo tympanicus der Nerv. facialis verletzt werden kann. Es ist deshalb während der Meißelung das Gesicht des Patienten auf Zuckungen genau zu beobachten.

Am häufigsten werden die Gehörknöchelchen Hammer und Amboß von der Karies befallen. Es ist oft sehr schwer, an die kariösen Stellen der Gehörknöchelchen heranzukommen und durch Auskratzung mit dem scharfen Löffel alles Krankhafte zu entfernen. Beim Hammer ist dies noch leichter möglich, beim Amboß aber, der unseren Blicken überhaupt nicht zugänglich ist, gelingt es nur in den seltensten Fällen, die kariösen Stellen herauszufinden und zu beseitigen. Bleibt also bei kariöser Erkrankung der Gehörknöchelchen trotz sorgfältigster Behandlung die Absonderung fötid, so müssen die Gehörknöchelchen operativ entfernt werden.

Eine solche Entfernung kann nun vom äußeren Gehörgang aus vorgenommen werden. Zu diesem Zwecke wird der Hammergriff, wenn er noch mit dem Trommelfell in Verbindung steht, an seinem vorderen und hinteren Rande mit einem feinen, geknöpften Trommelfellmesser umschnitten; auch der hintere obere Trommelfellabschnitt, wenn noch vorhanden, muß bis zum Amboß-Steigbügelgelenk entfernt werden. Mit einem Tenotom wird dann die Sehne des Musc. tensor tympani durchschnitten. Wir umfassen dann den Hammer mit der Schlinge eines Polypenschnürers, welche möglichst hoch über den kurzen Fortsatz hinaufzuschieben ist, um ein Abreißen des wenig widerstandsfähigen Hammergriffes zu vermeiden, ziehen die Schlinge zu und extrahieren dann den Hammer, wobei oft einige Kraft anzuwenden ist. Der Zug mit der Schlinge muß etwas nach unten geschehen, um den Hammergriff aus seiner Nische herauszuhebeln.

Vor der Entfernung des Ambosses muß das Amboß-Steigbügelgelenk durchtrennt werden. Die Extraktion selbst wird mit dem Amboßhaken von L u d w i g ausgeführt. Derselbe wird in die Hammer-Amboßnische eingeführt, der Griff gesenkt und um seine Längsachse nach hinten gedreht, wodurch der Amboßkörper nach unten gedrückt wird und sich mit einer entsprechenden kleinen Ohrzange leicht entfernen läßt. Die Operation läßt sich durch Anästhesierung mit einer 15 proz. Kokainlösung, dem einige Tropfen einer Adrenalinlösung (1:1000) zur möglichsten Vermeidung der Blutung hinzugesetzt werden, meist schmerzlos ausführen. Oft ist während des Eingriffes ein erneutes Betupfen mit der Kokainlösung erforderlich. Eine stärkere Blutung stillt man entweder durch zeitweise Tamponade oder durch wiederholtes Betupfen mit Adrenalin.

Die Entfernung des Hammers geschieht gefahrlos. Bei der Extraktion des Ambosses dagegen kann eine Infraktion des Tegmen tympani, eine Verletzung des Facialkanals mit Lähmung des Nerv. facialis und eine Luxation des Steigbügels stattfinden, Verletzungen, die im Hinblick auf die bestehende Eiterung in der Paukenhöhle sehr gefährlich werden können.

Dazu kommt, daß wir niemals mit voller Sicherheit eine isolierte Karies von Hammer und Amboß diagnostizieren können. Nach unserer Ansicht gehört es zu den Seltenheiten, daß Hammer und Amboß allein von der kariösen Erkrankung ergriffen sind.

Meist hat die Karies bereits die Pars ossea epitymp., der ja der Hammerkopf dicht anliegt, ergriffen und hat sich auch weiter auf den Aditus und das Antrum fortgesetzt. Dann aber erzielen wir durch die einfache Hammer-Amboßextraktion keine Heilung der Eiterung, sondern sind genötigt, eine weitere eingreifendere Operation vorzunehmen, nicht zur besonderen Freude des Patienten.

Wenn es nun eine Operationsmethode gibt, die sowohl die Gefahren des eben beschriebenen operativen Eingriffs vermeidet, als auch von vornherein klar und deutlich erkennen läßt, ob der kariöse Prozeß sich schon weiter auf die Pars epitympanica, auf den Aditus und das Antrum fortgesetzt hat, so sehen wir nicht ein, weshalb wir nicht diese Operation der anderen vorziehen sollten. Wenn der Eingriff auch blutiger ist, so ist er doch auch chirurgischer. Durch die prinzipielle Fortnahme der Pars ossea epitympanica bei dieser Operation liegen Hammer und Amboß klar zutage und können ohne jede Gewaltanstrengung, und ohne daß man nach dem Gefühl operieren müßte, leicht entfernt werden.

Diese Operationsmethode, die nach ihrem Begründer die S t a c k e sche genannt wird, bietet auch die Möglichkeit, die Radikaloperation sofort anzuschließen, wenn wir erkannt haben, daß der Krankheitsprozeß bereits auf das Antrum übergegriffen hat. Auch das ist ein großer, nicht zu unterschätzender Vorteil vor der anderen Operationsmethode.

Zur Ausführung der Operation wird hinter der Ohrmuschel, etwa ½ cm von dem Ansatz derselben entfernt, auf dem Planum des Warzenfortsatzes ein bogenförmiger, zum Ansatz der Ohrmuschel paralleler Schnitt gemacht, der an der Spitze des Warzenfortsatzes beginnt und 1—2 cm über die Linea temporalis emporreicht; bis zur Lin. temporalis wird Haut und Periost, darüber hinaus nach oben nur die Haut durchtrennt. Haut und Periost, soweit letzteres durchschnitten ist, werden dann nach dem äußeren Gehörgang zu abgelöst und mit einem schmalen Elevatorium wird die hintere obere häutige Gehörgangswand bis zum Trommelfell abpräpariert. Ein schmaler Jodoformgazestreifen wird darauf durch den häutigen Gehörgangsschlauch in die Tiefe geführt und hinten zur Wunde wieder herausgezogen, um mit ihm die abgelöste Wand des Gehörganges nach vorn zu ziehen und so das Operationsfeld in der Tiefe frei übersichtlich zu machen. Der jetzt folgende Teil der Operation wird am besten bei reflektiertem Licht vorgenommen.

Falls noch etwas vom Trommelfell vorhanden ist, wird es an seinem Rande mit einem feinen Trommelfellmesser umschnitten. Mit einer kurz abgebogenen Sonde geht man jetzt in den Kuppelraum ein, um sich über die Ausdehnung der Pars ossea epitymp., d. i. die äußere knöcherne Wand der Paukenhöhle, gewissermaßen die Fortsetzung des Trommelfells nach oben, zu orientieren. Mit einem in der Fläche gebogenen, nicht zu schmalen Meißel kann dann oft mit einem Schlage die Pars epitymp. abgetrennt werden. Gelingt dies nicht, so müssen stehengebliebene Reste nachträglich mit dem Meißel entfernt werden; bei der wiederholt vorgenommenen Sondenuntersuchung muß die obere Wand des Gehörganges ohne Vorsprung in das Tegmen tympani übergehen. Jetzt liegen die Gehörknöchelchen, Hammer und Amboß, klar zutage; ihre Verbindungen untereinander, mit der Labyrinthwand und dem Steigbügel können leicht gelöst und sie selber ohne Mühe extrahiert werden. Etwaige Granulationen an den Wänden der Paukenhöhle entfernt man vorsichtig mit dem scharfen Löffel.

Stärkere Blutungen erfordern kurze Tamponade oder öftere Betupfung mit Adrenalinlösung.

Die ganze Paukenhöhle ist nunmehr frei zu übersehen, der Aditus ad antrum für die Sonde zugänglich.

Ist der chronische Prozeß auf die Paukenhöhle beschränkt geblieben, so wird die häutige Gehörgangswand in ihre ursprüngliche Lage gebracht, die Wunde hinter dem Ohr genäht und die Paukenhöhle und der Gehörgang lose mit Jodoformgaze austamponiert, bei den späteren Verbänden mit steriler Gaze. Läßt die Sekretion nach, so wird das Ohr nur noch ausgetupft und Borsäurepulver in dünner Schicht aufgeblasen. Auf diese Weise heilt die Eiterung in der Paukenhöhle bald aus.

Ergibt nun aber der Augenschein oder die Sondierung, daß der eitrige oder eitrig-kariöse Prozeß sich bereits auf den Aditus und das Antrum selbst ausgedehnt hat, daß also nur durch die Radikaloperation noch Heilung zu erhoffen ist, so kann diese nun ohne weiteres angeschlossen werden.

Zu diesem Zwecke können wir nach Stacke weiter operieren, indem wir auf der in den Aditus eingeführten Sonde zunächst die äußere Wand des Aditus, dann die des Antrums vorsichtig fortmeißeln und dann nach außen mit dem Meißel vom Warzenfortsatz soviel wegnehmen, als sich erkrankt erweist oder aber auch als zur Herstellung einer einheitlichen, frei übersichtlichen Höhle notwendig ist. Vor der Wegnahme der Corticalis des Warzenfortsatzes ist es selbstverständlich erforderlich, von der zuerst gesetzten Hautwunde Haut und Periost nach hinten zu in genügender Ausdehnung abzulösen. Spannt sich dabei die Haut allzusehr, so kann der ursprüngliche Hautschnitt nach unten über die Spitze des Warzenfortsatzes und nach oben über die Lin. temporalis hinaus noch verlängert werden, oder es wird ein Querschnitt unter der Linea temporalis senkrecht auf den ersten Schnitt gesetzt.

Wir können nun aber im Anschluß an die Extraktion der Gehörknöchelchen und die Fortnahme der Pars ossea epitympan. die Radikaloperation auch nach der Zaufalschen Methode ausführen. Bei engen Raumverhältnissen im äußeren Gehörgang ist sie der anderen sogar vorzuziehen, weil durch die von außen her vorgenommene Abtragung der hinteren oberen Gehörgangswand der ursprünglich enge Knochentrichter an Weite ganz bedeutend gewinnt und deshalb ein besserer, freierer Einblick in die Tiefe gewährt wird. Nur bei stark vorgelagertem Sinus transversus ist die Zaufalsche Operation nicht möglich.

Zur Ausführung der Operation wird nach genügender Freilegung des Warzenfortsatzes ein breiter Hohlmeißel, etwa 1 cm vom Rande der hinteren Wand des äußeren knöchernen Gehörganges entfernt, dem Warzenfortsatz aufgesetzt und in der Richtung nach vorn und innen ein Knochenspan abgeschlagen. Es wird also mit der Corticalis des Warzenfortsatzes zugleich die hintere obere Gehörgangswand weggemeißelt. Bei jedem erneuten Meißelschlag wird der Meißel etwas weiter zurück aufgesetzt und so allmählich Schicht für Schicht weggemeißelt, so daß eine nach außen flache, nach innen immer tiefer werdende Rinne im Knochen entsteht. Bei diesem Vorgehen muß man in der Tiefe schließlich auf das Antrum kommen, über dessen Lage man sich durch Einführung einer rechtwinklig abgebogenen Sonde in den Aditus ad antrum orientiert. Ist das Antrum eröffnet, so kann die Knochenbrücke, die dasselbe noch von der Paukenhöhle trennt, entweder auch vorsichtig fortgemeißelt oder mit einer passenden Knochenzange entfernt werden. Alle überflüssigen Knochenvorsprünge werden mit dem Meißel geglättet, um eine freiere Uebersicht und eine einheitliche Operationshöhle zwecks schnellerer Epidermisierung zu erhalten. Auch die Antrumschwelle, der sogen. Sporn, welcher den Uebergang des mediansten Teiles der hinteren knöchernen Gehörgangswand zur unteren bildet und nach der Abmeißelung der hinteren Wand meist sehr stark hervortritt, muß mit einem schmalen geraden Meißel soweit abgetragen werden, bis der Boden des Aditus glatt in die untere knöcherne Gehörgangswand übergeht. Dabei ist das Gesicht des Patienten sorgfältig auf Zuckungen zu beobachten, da hier der Nervus facialis verletzt werden kann. Bei Eintritt von Gesichtszuckungen ist das weitere Vordringen einzustellen. Die übersichtliche Freilegung des Bodens der Paukenhöhle haben wir schon vorher erörtert.

Die Schleimhaut der Mittelohrräume wird vorsichtig, aber radikal mit dem scharfen Löffel entfernt, da das Zurückbleiben derselben an einzelnen Stellen die einheitliche Epidermisierung der Operationshöhle in Frage stellen kann. Nur in unmittelbarer Nähe des Steigbügels und des runden Fensters ist die größte Vorsicht geboten, um eine Eröffnung des Labyrinths zu vermeiden. Bleibt hier später die Sekretion bestehen, so muß man versuchen, durch Aetzungen mit Höllenstein oder Trichloressigsäure diese Stellen zur Heilung zu bringen.

Aus der abgelösten hinteren häutigen Gehörgangswand wird am besten ein unterer Lappen gebildet, indem sie durch einen senkrechten Schnitt von der Ohrmuschel abgetrennt und möglichst hoch oben durch einen horizontalen Längsschnitt freigemacht und auf die Knochenwunde nach hinten auftamponiert wird.

Die Wundhöhle wird darauf lose mit schmalen Jodoformgazestreifen ausgefüllt und Haut- und Periostwunde hinter der Ohrmuschel durch Naht oder Wundklammern geschlossen. Nur in Ausnahmefällen, bei Eröffnung der mittleren oder hinteren Schädelgrube oder auch bei Verdacht auf intrakranielle Erkrankung, bei der man aber erst den Erfolg der Operation abwarten will, bleibt die Hautwunde hinter dem Ohr offen und heilt dann später durch Granulationsbildung, sobald man die hintere Tamponade fortläßt.

Der erste Verband bleibt 6—8 Tage lang liegen, sofern kein Anlaß eines früheren Wechsels (Fieber, Schmerzen) gegeben ist. Der zweite Verband wird nach etwa 4 Tagen erneuert. Später müssen die Verbände meist täglich gewechselt werden, je nach der Menge des abgesonderten Wundsekrets.

Nach dem zweiten Verbandwechsel, wenn die Knochenwunde sich allseitig mit Granulationen bedeckt hat, lassen wir die Jodoformgaze weg und tamponieren von jetzt ab abwechselnd mit Epidermolgaze und 3 proz. Isoformgaze. Nach unserer Erfahrung wird durch die Epidermolgaze eine schnellere Epithelisierung der Wunde erzielt. Da aber bei ihrer Anwendung nicht selten eine allzu üppige Granulationsbildung stattfindet, so ist es zweckmäßig, diese durch Isoformgaze in mäßigen Grenzen zu halten. Wird trotzdem in einzelnen wenigen Fällen dadurch die übermäßige Granulationsbildung nicht eingeschränkt, so empfiehlt sich die vorübergehende Anwendung einer 10 proz. Isoformgaze, die durch ihre stärkere ätzende Wirkung den gewünschten Effekt sicher herbeiführt.

Wir haben bei diesem Vorgehen in den letzten Jahren es niemals mehr nötig gehabt, allzu üppige Granulationen mit dem scharfen Löffel oder gar mit der Schlinge zu entfernen.

Wann die Tamponade weggelassen werden kann, das läßt sich nur aus dem Fortschreiten der Epithelisierung der Wundhöhle bestimmen. Jedenfalls kann man damit aufhören, wenn die mediane Wand des Aditus ad antrum sich überhäutet hat. Dies ist die gefährlichste Stelle, wo durch Granulationsbildung Verwachsungen entstehen können, die aber nach der Epithelisierung nicht mehr zu fürchten sind.

In einzelnen sehr seltenen Fällen reizt jede Tamponade, auch die loseste, derartig zu Granulationsbildung, daß man von jeder Tamponade unter allen Umständen Abstand nehmen muß. Je weniger man in diesen Fällen an der Wunde unternimmt, desto besser ist oft der Heilungserfolg; die vorher durch kein Mittel einzuschränkende Granulationsbildung läßt nach und die Ueberhäutung geht glatt vonstatten.

Sehr wichtig ist es, einen dauernden Verschluß der Paukenhöhlentubenmündung herbeizuführen, der ja in vielen Fällen nach der Operation spontan eintritt, in anderen aber wiederum ausbleibt und zu Rezidiven der Eiterung Veranlassung gibt.

Durch Aetzungen der Tubenmündung mit Trichloressigsäure, noch besser durch Anwendung der Galvanokaustik, suchen wir den Verschluß zu erreichen.

Nach vollkommen eingetretener Heilung mit fester Narbenbildung in der Wundhöhle lassen wir nicht zu empfindliche Patienten dauernd ohne Watte- und Gazepfropf im Ohr einhergehen. Wir haben gefunden, daß so die Narbe sich besser abhärtet und widerstandsfähiger wird.

Findet sich neben der chronischen Mittelohreiterung Cholesteatombildung in den Mittelohrräumen, so ist auch hier nur die Radikaloperation am Platze, wenn sich das Cholesteatom über die Paukenhöhle hinaus bis in das Antrum oder gar in die Zellen des Warzenfortsatzes ausgebreitet hat.

Ueber diese gefährliche Komplikation haben wir ausführlicher in unserer Arbeit: „Das Cholesteatom der Mittelohrräume“ [2]) geschrieben und müssen hier darauf verweisen.

Sehr viel trägt auch zum Erfolg der Behandlung der chronischen Mittelohreiterung eine sorgsam eingeleitete Allgemeinbehandlung bei. Namentlich bei skrofulösen Kindern wird man ohne Jod- und Eisenpräparate, Lebertran, Roborantien, Solbäder nicht zum Ziele gelangen; auch auf eine zweckmäßige Ernährung ist große Sorgfalt zu verwenden. Alle diese Maßnahmen werden durch gute Land- und Seeluft unterstützt.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließlich Infektionskrankheiten).

Dr. **Walther Drügg: Untersuchungen mit der v. Dungernschen Vereinfachung der Wassermannschen Reaktion.** Aus der inneren Abteilung des Marien-Hospitals in Düsseldorf. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 7.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Versuchen mit dem von Dungernschen Syphilisdiagnosticum. In sämtlichen positiv reagierenden Fällen (13) lag sowohl nach der Anamnese, dem Befund und der in den meisten Fällen vorgenommenen Untersuchung nach Wassermann Lues vor. Die 33 negativen Sera waren bis auf 5 nach der Anamnese und dem klinischen Befund frei von Lues. Es konnte auch bei Gesunden und bei Erkrankungen, die — wenn überhaupt — nur äußerst selten einen Ausschlag der Wassermannschen Reaktion nach der positiven Seite hin geben, niemals eine positive Dungernsche Reaktion festgestellt werden. Menschlicher Voraussicht nach wird demnach ein positiver Dungern das therapeutische Handeln des Arztes nicht in falsche Bahnen leiten. Ueber die Berechtigung zur Verwertung der Dungernschen Methode wurde nach der Meinung Dungerns nicht immer mit Recht gestritten. Ein exaktes Arbeiten nach dem vorgeschriebenen Plan muß allerdings verlangt werden. Ferner darf nur ein unzweifelhaft positives oder negatives Resultat berücksichtigt werden. Gegen die Verwendung der Methode durch praktische Aerzte oder kleinere Krankenhäuser, denen daran gelegen ist, ihre Serumuntersuchungen selbst auszuführen, eine größere Untersuchungsanstalt jedoch nicht zur Verfügung steht, ist wohl nichts einzuwenden. M.

Dr. **Antoni** (Kiel): **Sieben Fälle von Reinfectio syphilitica und Betrachtungen über schwere Salvarsanintoxikationen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Wie Verf. berichtet, wurden an dem Krankenmaterial des Marinelazaretts Kiel-Wik im letzten Jahre sieben sichere Reinfektionen nach kombinierter Salvarsan-Kalomelbehandlung beobachtet (im ganzen wurden dort 500 frische Syphilisfälle und 850 Syphilisfälle überhaupt mit Salvarsan behandelt). In einem achten Falle schwankte die Diagnose zwischen Reinfektio und Reinduratio; letztere erschien als wahrscheinlicher. In einem neunten Falle, der früher mit Hg behandelt war, erfolgte Reinfektion nach provokatorischer Salvarsanbehandlung. Während dieser dem Stadium der Lues latens angehörte, betrafen die anderen sieben Reinfektionen frische Primär- und Sekundärsyphilis. Was die Salvarsantodesfälle anlangt, so weisen die Untersuchungen von Wechselmann darauf hin, daß bei der neuen Syphilisbehandlung dem Zustand der Nieren dauernd die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden ist. Die Arsenkomponente des Salvarsans führt bei individuell zu hoher Dosis zur Anurie und Salvarsanretention mit ihren tödlichen Folgen. Die Gefahr liegt aber nicht in der Kombination der Salvarsanbehandlung mit Quecksilber, vielmehr in der Ueberschreitung der individuell erträglichen Salvarsaneinzeldosis. Bei kräftigen Individuen darf die Einzeldosis von 0,5 Salvarsan nicht überschritten werden.

Dr. **Dreisbach** (Castellaun): **Auch eine „Pilzvergiftung".** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Verf. beobachtete bei einer in der Landwirtschaft beschäftigten Familie, Vater, Mutter, Tochter, Bruder der Mutter und Dienstmagd, ein eigenartiges Krankheitsbild, welches von den Erkrankten selbst als Vergiftung beim Dreschen aufgefaßt wurde. Es war beim Haferdreschen mit der Göpelmaschine entstanden. Verf. überzeugte sich selbst, daß in dem feucht eingefahrenen Haferstroh sich ganze Lager von Schimmelpilzen gebildet hatten und das Stroh, Spreu und Frucht zum Teil faulig rochen. Offenbar war durch die starke Staubentwickelung beim Dreschen diese pilzige Verunreinigung von den Personen eingeatmet worden. Die Krankheitserscheinungen waren: abwechselnd Frost- und Hitzegefühl, größte Mattigkeit und Hinfälligkeit, teilweise starker Stirnkopfschmerz, Gelenkschmerzen, Uebelkeit und völlige Appetitlosigkeit, Temperaturen zwischen 38,5° und 40,2°, Pulsfrequenz nur bei der Frau erhöht (120). Husten ohne Auswurf, spärliches Rasseln, nirgends Dämpfung. In einem Falle Spuren von Eiweiß im Urin. Nach drei Tagen trat bei allen Erkrankten wesentliche Besserung ein; die bronchialen Erscheinungen dauerten zum Teil noch länger; bei einem Patienten traten noch ganz akut Akne- und Furunkulosebildung in der linken Nacken- und Schultergegend ein, so daß er erst nach 18 Tagen arbeitsfähig war. Therapeutisch erwiesen sich Codeinmixtur sowie Aspirin als nützlich. In der Folge sah Verf. noch in mehreren anderen Fällen dieselben Krankheitserscheinungen, ebenfalls bei Personen, die beim Haferdreschen beschäftigt gewesen waren. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Georges L. Dreyfus** (Frankfurt a. M.): **Neosalvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verf. macht zunächst darauf aufmerksam, daß bei ungefähr gleicher Dosierung die Nebenerscheinungen des Neosalvarsans so sehr verschieden in verschiedenen Gegenden ausfallen. Eine Erklärung geben die Erfahrungen französischer Autoren. Die Ursache liegt in der Beschaffenheit des zur Bereitung der Lösung benutzten Wassers. Es gibt nicht nur einen bakteriologischen, sondern auch einen chemischen Wasserfehler. Der erstere ist wohl allgemein dadurch ausgeschaltet, daß nur frisch destilliertes Wasser zur Herstellung der Lösung verwendet wird. Der chemische Wasserfehler besteht darin, daß aus dem Destillationsapparat gewisse Stoffe, wie Blei, Zink, Kupfer etc., in geringer Menge aus dem Glas in das Wasser übergehen können, die dann zur Zersetzung des Neosalvarsans führen. Um diese Erscheinungen zu vermeiden, empfiehlt es sich nach Verf., nur doppelt destilliertes Wasser zu verwenden, das einem vollständig aus Jenaer Glas bestehenden Destillationsapparat entstammt. Außerdem sollen die Infusionsapparate nicht in Leitungswasser, sondern in destilliertem Wasser 15—20 Min. gekocht werden. Ferner rät Verf., nur gläserne Verbindungsstücke und kein Metall zwischen Schlauch und Injektionsnadel zu verwenden. In letzter Zeit verwendet er nur noch Platiniridiumnadeln, die in sehr hartes Jenaer Glas eingeschmolzen sind. Die gesamte benutzte Glasapparatur bestehe aus Jenaer Glas, da dieses am wenigsten vom Wasser angegriffen wird. — Was die Dosierung des Neosalvarsans anlangt, so rät Verf., mit kleinen Anfangsdosen (0,15, 0,3) probeweise zu beginnen, besonders bei frischer Lues; werden diese gut vertragen, so kann man auf Dosen von 0,45, 0,6 und 0,75 g steigen. Als Einzeldosis für Männer empfiehlt Verf. nach vorsichtiger Anfangsdosierung 0,6 bis 0,9 g Neosalvarsan, für Frauen 0,45—0,75 g. Wenn man (in Kombination mit Hg als Schmierkur, Hg salicylic. oder Kalomel) wöchentlich 2 Neosalvarsaninjektionen à 0,6 und 0,75 g macht, werden nach Verfassers Beobachtungen diese Dosen anstandslos ertragen. Diese Dosen kann man in Kombination mit Hg 5½ Wochen hintereinander geben, also im ganzen 7,5 g Neosalvarsan, ohne den Patienten zu gefährden. Verf. hat bei 69 Kranken je 4—10 Injektionen (im ganzen über 450) gemacht und niemals Exantheme gesehen. Tritt bei normaler Dosierung ein Exanthem auf, so liegt nach Verf. ein Fehler in der Technik (Wasser etc.) vor. Die Gesamtdosis von 7,5 g innerhalb 5—6 Wochen soll nicht überschritten werden; sonst können Symptome von Polyneuritis auftreten; bei den geringsten Anzeichen derselben breche man die Neosalvarsanbehandlung sofort ab. — Was die Temperatursteigerung nach Neosalvarsan anlangt, so sah Verf. solche in etwa 25 pCt. der Fälle; meist handelte es sich nur um Temperaturen zwischen 37,1 und 37,5°, nur 4 mal betrug die Temperatur über 38°. Verf. glaubt, daß die meisten Temperatursteigerungen auf geringen Versehen in der Technik der Injektion beruhen, also vermeidbar sind. Mit Ausnahme eines Falles, wo geringgradige polyneuritische Erscheinungen bei einer Gesamtdosis von 8,25 g Neosalvarsan auftraten, wurden keinerlei ernstere Neben- und Folgeerscheinungen beobachtet. Was nun die Heilwirkung des — meist mit Hg kombinierten — Neosalvarsans anlangt, so findet Verf., daß Fälle von frischer Hirnlues, Lues cerebrospinalis und Tabes ceteris paribus im allgemeinen von Salvarsan intensiver als vom Neosalvarsan beeinflußt werden. Die Serumreaktion wurde in den Fällen, wo sie überhaupt beeinflußbar war, nach Salvarsan rascher negativ. Ebenso wurden die Veränderungen des Liquor cerebrospinalis durch Salvarsan energischer beeinflußt als durch Neosalvarsan. Im allgemeinen wirkt Neosalvarsan milder als Salvarsan; dies zeigte sich an einigen Kranken, die zuerst Salvarsan später Neosalvarsan bekamen. Verf. empfiehlt demnach in allen Fällen, wo man eine milde Wirkung haben will, das Neosalvarsan, z. B. als Anfangsbehandlung bei luetischer Meningitis, bei spezifischen Gefäßerkrankungen, besonders bei schweren Aortenveränderungen oder endarteriitischen Prozessen im Gehirn, auch bei Lues mit nicht spezifischer Nephritis. Wenn man mit kleinen, langsam ansteigenden Neosalvarsandosen angefangen hat, wird meist auch Salvarsan später gut vertragen. Man beginne dann mit kleineren Salvarsandosen, als der letzten Neosalvarsandosis entsprechen würde.

Dr. **Carl Stern** (Düsseldorf): **Die Anwendungsart des Salvarsans und Neosalvarsans; Infusion oder Injektion?** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 13.)

Verf. empfiehlt, um die Anwendung des Salvarsans und Neosalvarsans den Allgemeinpraktikern zu erleichtern, eine vereinfachte Technik der intravenösen Injektion, die er im Laufe des letzten Jahres erprobt hat. Er wendet neuerdings ausschließlich Neosalvarsan an. Zur Lösung benutzt Verf. 5—10 g Leitungswasser, das in einem Erlen-

meyerschen Kolben über Gas- oder Spiritusflamme 5 Minuten lang aufgekocht wird. Zur Injektion darf die Temperatur der Flüssigkeit nicht über 30° betragen. In eine vorher mit Alkohol absolutus ausgespritzte und gut lufttrocken gemachte bezw. ausgekochte Rekordspritze schüttet man dann, während man das untere Ende mit dem Finger verschließt, 5—6 g des gekochten Wassers, nachdem man unmittelbar vorher das Neosalvarsanröhrchen mit der Feile geöffnet hat. Das Salz wird sofort in die Rekordspritze geschüttet, der Spritzenstempel darauf gesetzt und nun in der Spritze die Lösung durch mehrfaches Schütteln erzielt. Die Lösung erfolgt also unter Luftabschluß, und zwar in ¼—½ Minute. Die Lösung wird dann dem Patienten, der schon vorher auf dem Operationstisch gelagert und entsprechend vorbereitet ist (Reinigung mit Alkohol, Staubinde), in eine Ellbogenvene injiziert. Die Vene wird, während die Staubinde noch liegt, angestochen und der Spritzenstempel ein wenig zurückgezogen; liegt die Nadel gut in der Vene, so muß Blut in die Spritze dringen. Während man nun die Spritze unverändert liegen läßt, löst man mit der linken Hand den Stauschlauch und spritzt nun langsam die Lösung ein. Will man Salvarsan anwenden, so löst man in einem ausgekochten Glasgefäß (Pillenglas) das Salvarsan in 5—6 g Wasser. Nach völliger Auflösung des Salzes setzt man tropfenweise von einer 15 proz. Natronlauge zu. Hierbei tritt in der anfangs klaren Lösung zuerst eine Ausfällung ein, die dann wieder verschwindet; man muß also so lange Natronlauge tropfenweise zusetzen, bis die Lösung völlig klar ist (bei 0,3 bis 0,4 g Salvarsan sind dazu etwa 8 Tropfen nötig). Dann ist die Injektionsflüssigkeit gebrauchsfertig. Da aber nach Verfassers Erfahrung das Neosalvarsan dem Salvarsan gleichwertig, wenn nicht überlegen ist in bezug auf Wirkung und Verträglichkeit, so empfiehlt sich nach Verf. für den Praktiker die ausschließliche Verwendung des Neosalvarsans. — Verf. macht also grundsätzlich keine Infusionen mehr, sondern er injiziert die Neosalvarsanlösung in konzentrierter Form, aber geringer Menge in die Vene. Er hat niemals eine Schädigung davon gesehen. Er benutzt ganz dünne Nadeln. — Was die Dosierung anlangt, so empfiehlt Verf. kleinere Dosen (die 0,3—0,4 g Salvarsan entsprechen), aber häufige, 5—8 Injektionen in sechs Wochen bei Abortivkuren.

Privatdozent Dr. **R. Polland** (Graz): **Zur Bewertung der internen Hg-Darreichung.** (Münch. med. Wochenschr., 1913, No. 11.)

Während in der Regel die Wirkung interner Quecksilberpräparate weder besonders rasch noch besonders kräftig ist, erzielte Verf. bei der Anwendung des **Merjodin** (Handelsbezeichnung für dijodparaphenolsulfosaures Quecksilber) zufriedenstellende symptomatische Erfolge. Das Mittel ist nur in solchen Fällen anzuwenden, in denen aus irgendwelchen Gründen eine starke Hg-Kur nicht durchgeführt werden kann. Nach Verf. lassen sich mit 150—200 Merjodintabletten (jede Tablette enthält 0,0021 g Jod und 0,0033 g Hg), bei einer Tagesdosis von 5—6 Stück, ungefähr dieselben Wirkungen wie bei einer schwachen Schmierkur erzielen. Harnuntersuchungen ergaben ferner, daß bei Merjodin das resorbierte Hg fast ebenso groß ist, wie bei einer leichten Schmierkur. R. L.

Dr. **E. Hoefler** (Bad Tölz): **Ueber Jodipindarreichung.** (Dermatologisches Zentralblatt, 1913, No. 6.)

Gleich anderen Autoren sieht H. die Bedeutung des Jodipins in der Möglichkeit, subkutan ein jodreiches Präparat anzuwenden, das durch ausgesprochen langsame Wirkung Jodismus von vornherein verhindert. Er gibt deshalb ganz allgemein der subkutanen Anwendung vor der Darreichung per os den Vorzug und stellt eine Reihe von Leitsätzen auf, die sich vornehmlich auf die Technik der Einspritzungen beziehen. Es empfiehlt sich der Gebrauch einer 10 ccm-Spritze mit aufgesetzter ca. 10 cm langer, nicht zu enger Einstichnadel. Die Einstichstelle ist vornehmlich in der Sakral- und Perinealgegend längs einer Linie, die den Abfall der beiden Glutäalhügel in die Analfurche bezeichnet, zu suchen. Zur Säuberung der Haut genügt kurzes Abreiben mit Aether oder ein Pinselstrich mit Jodtinktur. Da das Jodipin aseptisch ist, bedarf die Spritze keiner Säuberung, peinlichste Reinhaltung erfordert dagegen die Nadel. Es ist gut, 5—10 Nadeln in absolutem Alkohol vorrätig zu halten und die gebrauchte Nadel sofort wieder in den Alkohol zurückzulegen. Das sonst empfohlene Erwärmen des Jodipins hält H. für überflüssig; bei richtiger Wahl der Einstichstelle machte das zimmerwarme Präparat keine Beschwerden und keine Infiltrationen. Die Haut über dem Einstich soll mit einem Wattebausch kurz massiert, eine etwaige Blutung durch Kompression mit Watte gestillt werden. Schließlich wird der Stichkanal mit einem erbsengroßen Wattepfropf und dieser mit Heftpflaster bedeckt. Als Zeitfolge der Einspritzungen empfiehlt sich ein Turnus von 2 Tagen; der Gesamtverbrauch von Jodipin während einer Kur soll 2 Flaschen (2 mal 100 g) nicht übersteigen. Kontraindiziert ist Jodipin höchstens bei einem fieberhaften Zustand, nicht dagegen bei Diabetes selbst höheren Grades. M.

Oberarzt Dr. **Erich Ebstein: Istizin, ein neues Abführmittel.** Aus der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig. (Medizinische Klinik, 1913, No. 18.)

Verf. berichtet über das von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. unter dem Namen „Istizin" in den Handel gebrachte Abführmittel, welches seiner chemischen Zusammensetzung nach ein 1,8 proz. Dioxyanthrachinon darstellt und durch Verschmelzen von 1,6 proz. Anthrachinondisulfosäure mit Kalk hergestellt wird. Auf Grund eingehender Tierversuche wurde festgestellt, daß das Verhalten des Istizins im Tierkörper, abgesehen von der laxierenden Wirkung, ohne pharmakologischen Effekt ist. So wurden z. B. von Katzen oder Kaninchen 0,5 g per os ohne Reizerscheinungen der Magenschleimhaut vertragen. Die resorbierten Mengen des Präparates sind zu gering, um eine Reizung der Nieren hervorzurufen, und auch nach längerer Darreichung fand sich keine Spur von Eiweiß im Harn.

Die am städtischen Krankenhause St. Jakob angestellten Versuche, die sich auf männliche und besonders weibliche Individuen der verschiedensten Altersklassen und auf Kinder erstreckten, wurden an etwa 90—100 Kranken angestellt. Es handelte sich um an mehr oder weniger hartnäckiger Stuhlverstopfung leidende Personen oder auch um solche, die infolge der Bettlägerigkeit ohne künstliche Nachhilfe, die sonst meist mit Brustpulver oder Einläufen herbeigeführt wurde, täglich keinen Stuhl produzierten. Das Istizin wurde in Form der Tabletten zu einer halben Tablette = 0,15, 1 Tablette = 0,3 oder 1½ Tabletten = 0,45 g gereicht. Nur in einigen ganz seltenen Fällen wurde mit der Dosis höher gegangen, die ohne jede Nachwirkung vertragen wurde. Verschiedene Versuche haben gelehrt, daß es am ratsamsten ist, die Tabletten in einer entsprechenden Menge Wasser zergehen zu lassen, so daß das Istizin in möglichst fein verteiltem Zustande in den Magen gelangt. Das Präparat wurde stets um etwa 8 Uhr abends gegeben, und zwar gerade etwa 1½ Stunden nach dem Abendessen. Die Wirkung trat dann stets am nächsten Morgen ein. 0,3 und 0,45 g zeigten nach 10 bis 14 Stunden die gewünschte Wirkung. Die Stühle waren immer breiig und geformt. Eine Gewöhnung an das Mittel wurde nicht beobachtet, so daß also größere Gaben als 0,45 g nur in äußerst seltenen Fällen gegeben wurden. Teilweise genügte bereits ½ Tablette = 0,15 g.

Sowohl nach der klinischen Erfahrung wie nach der Zusammensetzung gehört das Istizin zu den Abführmitteln mit vorwiegend motorischer Wirkung auf den Dickdarm. Um einen Aufschluß über die Wirkung des Istizins auf die Darmentleerung zu erlangen, wurden einige Versuche mit der Wismutmahlzeit vor dem Röntgenschirme gemacht, und zwar wurde die Wismutmahlzeit am Abend, das Abführmittel regelmäßig 12 Stunden nach der Einnahme der Mahlzeit gegeben. Sowohl die Entleerung wie das Freisein des Magendarmkanals bis auf geringe Reste zeigte in diesem Falle die abführende Wirkung des Istizins. Außerdem ergab die Röntgenuntersuchung, daß diese erst nach 12 Stunden auf Gaben von 0,3 bis 0,45 g einsetzte.

Indiziert ist das Istizin sowohl bei leichteren wie bei schwereren Formen der Obstipation, sowohl atonischer wie spastischer Natur. Besonders geeignet erscheint es bei Bettlägerigen und bei Liegekuren. In ganz hartnäckigen Fällen von chronischer Obstipation kann es bei dem Gebrauche von großen Oelklysmen als Schiebemittel mit gutem Erfolge verwendet werden.

Prof. Dr. **Ed. Allard: Cymarin, ein neues Herzmittel.** Aus der inneren Abteilung des Marienkrankenhauses in Hamburg. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 17.)

Den Erfahrungen des Verfassers liegt eine mehr als einjährige klinische Prüfung zugrunde. Das Cymarin, ein aus den Wurzeln von Apocynum cannabinum und androsemifolium hergestelltes, bisher unbekanntes Glykosid, wurde teils intravenös, teils per os angewendet. Intravenös wurde im allgemeinen 1 mg verabreicht. Diese Gabe, welche immer anstandslos vertragen wurde, wird als die zweifellos wirksamste angesprochen. Die Injektion selbst geschieht in der bekannten Weise. Bei der innerlichen Darreichung wird zunächst empfohlen, recht kleine Dosen zu 0,3 mg auf einmal zu geben. Die tägliche Gabe steigert man so auf 1—2 mg, je nach der Lage des Falles und Eintreten der Wirkung. Die gesamte Tagesmenge wurde dann je nach Bedarf einige Tage hindurch weiter verabreicht. Die Wirkung tritt bei der innerlichen Darreichung innerhalb der ersten 12 Stunden früher oder später, je nach den Resorptionsverhältnissen, ein.

Die Gesamtresultate der sehr zahlreichen Beobachtungen am Krankenbett, von denen Verf. einige eingehend bespricht, haben gezeitigt, daß nach der Verabreichung von Cymarin bei den verschiedenen Formen der Herzinsuffizienz eine energische und typische Digitaliswirkung, wenigstens soweit die Beeinflussung des Herzens in Frage kommt, eintritt. Schon nach kleinen, ja einmaligen Gaben von Cymarin erfolgte Verstärkung der Systole und Diastole des Herzens, Regulierung und Verlangsamung der Herztätigkeit, Kräftigung und bessere Füllung des Pulses, günstige Beeinflussung des Blutdruckes. Die auf

diese Weise verursachte Abnahme der Zyanose und Dyspnoe, der Angst und Unruhe sowie das Verschwinden der Oedeme und Stauungserscheinungen wird um so eindrucksvoller, wenn es sich, wie in der Mehrzahl der behandelten Fälle, um Patienten handelt, bei denen selbst eine energische Digitalistherapie unwirksam geblieben war.

Verfasser macht dann besonders auf die sehr intensive diuretische Wirkung aufmerksam, die die Verabreichung von Diureticis bei kardialer Stauung unnötig macht. Als ein besonderer Vorzug des Cymarins wird hervorgehoben, daß die therapeutischen und toxischen Dosen des Cymarins relativ weit auseinander liegen, so daß seine Anwendung bei Innehaltung der gegebenen Vorschriften mit keiner Gefahr für den Kranken verbunden ist. G.

Dr. **A. Dutoit** (Montreux): **Die Magnesiumbehandlung der Tetanus traumaticus.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verf. bespricht in diesem Uebersichtsreferat eine von Amerika aus eingeführte Therapie des Wundstarrkrampfes. Die Gesamtzahl der mit Magnesium behandelten Tetanusfälle beträgt 22, mit nur 5 Todesfällen. Der Ausgangspunkt dieser neuen Therapie war die durch Meltzer und Auer erfolgte Feststellung, daß Magnesiumsulfat und Magnesiumchlorid, subkutan im Verhältnis von 1,5 zu 1000 Lebendgewicht eingeführt, bei Tieren einen tiefen Schlaf mit gänzlicher Anästhesie und völliger Erschlaffung der willkürlichen Muskeln und der meisten Reflexe erzeugt. Bei zu hoher Dosis (über 2:1000 Lebendgewicht) tritt der Tod durch Lähmung des Atemzentrums ein. Sehr schnell tritt die Anästhesie bei intraduraler Infusion der Magnesiumsalzlösung ein. Kocher, der in vier Fällen von Tetanus traumaticus mit Magnesiumsulfat Heilung erzielt hat, berechnet die therapeutische Dosis für den Menschen (50 kg) auf 3 g; er injiziert von einer 15 proz. Lösung 20 ccm. Meltzer empfiehlt nur die Hälfte. Kocher machte in seinem ersten Falle eine intradurale Injektion von 5 ccm einer 25 proz. Magnesiumsulfatlösung, ebenso im zweiten Falle. Im dritten Falle gebrauchte er nur eine 15 proz. Lösung. Der narkoseähnliche Schlaf tritt dabei nach etwa einer Stunde ein und dauerte im ersten Falle über 24 Stunden, bei lange fortgesetzter intratrachealer Sauerstoffzufuhr. Bei Anwendung der 15 proz. Lösung nähert sich der Schlaf schon nach 2 Stunden seinem Ende. Nach Kocher ist die künstliche Atmung während des Magnesium-Narkosenschlafes von großer Bedeutung. Meltzer und Auer gebrauchen dabei den Brauerschen Ueberdruckapparat und blasen reine atmosphärische Luft unter einem Ueberdruck von 15—20 ccm Hg ein. Kocher zieht die künstliche Atmung mit Sauerstoff vor und verzichtet auf den Ueberdruckapparat; er macht zudem die Tracheotomie und führt eine lange Kanüle bis zur Teilungsstelle der Luftröhre ein. Für den Fall, daß die Herztätigkeit sich in gefährlicher Weise verlangsamt, hält Kocher stets eine intravenöse Injektion von 0,001 Atropin bereit. Arnd beugt bei bedrohlicher Atmungsverlangsamung der Ueberdosierung und ihren Folgen durch Auswaschung des Lumbalsackes vor. Schließlich empfiehlt Arnd für die allgemeine Praxis die subkutane Injektion einer 10 proz. Lösung. R. L.

Serumtherapie.

Prof. Dr. **A. Rubino** (Neapel): **Behandlung der Basedowschen Krankheit.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Auf Grund der bisher bekannten, sowie eigener Untersuchungen bespricht Verf. die verschiedenen Richtungen der Basedowtherapie, die „Therapie antithyreoidea" besonders berücksichtigend. Schon von Ballet, Enriquez und Dreyfus als zulässig erkannt, kam sie jedoch erst durch die Arbeiten von Möbius zur Geltung. Sie stützt sich darauf, daß das Blut schilddrüsenloser Tiere Stoffe enthält, die die toxischen Produkte der Hypersekretion der Schilddrüse im Organismus des Basedowkranken neutralisieren. Möbius führte daher das Serum thyreoidektomierter Ziegen, das Antithyreoidin, in die Therapie ein. Die Erfahrungen Rubinos mit Antithyreoidin bei Basedow infolge Hyperthyreoidismus sind sehr befriedigend. Die Erfolge waren teilweise ganz unerwartet und bestanden in Verkleinerung oder Schwinden von Kropf und Exophthalmus, Rückkehr regelmäßiger Herztätigkeit, Aufhören des Tremors, deutlicher Besserung des psychischen und Allgemeinzustandes. In manchen Fällen wurde jahrelanger Stillstand der Symptome beobachtet. Bei Rezidiven hat die erneute Verabreichung des Mittels fast ausnahmslos dieselben Resultate gezeitigt. Diese sind schneller und greifbarer, als von irgendeiner anderen internen Behandlungsweise erwartet werden kann. Zudem hat das Antithyreoidin, zweckmäßig verwendet, niemals unerwünschte Folgen. Rubino läßt 20 Tage hindurch progressiv von 10 auf 100 Tropfen pro die steigern, nach 4—5 Tagen in gleicher Weise abwärts gehen und diese Darreichung nach Bedarf, gewöhnlich 4—5 mal, wiederholen. Die Antithyreoidinbehandlung ist mit allgemein hygienisch-diätetischen Vorschriften, je nach Lage des Falles, zu verbinden. M.

Physikalische Therapie.

Dr. med. **S. Meidner**, Assistent des Institutes für Krebsforschung der Charité zu Berlin: **Weitgehende Beeinflussung eines Portiocarcinoms durch Mesothorbestrahlung.** (Die Therapie der Gegenwart, April 1913.)

Verf. berichtete im 36. Jahrgang der Charitéannalen über die Erfahrungen des Berliner Institutes für Krebsforschung mit einer eigens zur Behandlung inoperabler Uteruscarcinome eingerichteten, mesothoriumhaltigen Sonde. Das Instrument, dessen man sich dort bedient, besteht aus einer Hartgummisonde, an deren einem Ende eine Kapsel aus 0,2 mm starkem Aluminium zuverlässig befestigt ist. Diese Kapsel stellt ein von ihrer Grundfläche (kreisförmig, 2 cm Umfang) zu ihrer Spitze (vom Zentrum der Grundfläche 0,6 cm entfernt und senkrecht darüber) allseits gleichmäßig kuppelförmig verjüngtes Behältnis dar, in dem sich die radioaktive Substanz, reines Mesothoriumbromid vom Aequivalenzwert 30 mg $RaBr_2$, befindet. Diese Sonde wird mit ihrem die Kapsel tragenden Ende, nachdem dieses zum Schutze noch mit einem Gummiüberzug von der Dicke der gebräuchlichen Gummihandschuhe, sowie drei Lagen Verbandgaze umhüllt worden ist, soweit in die Scheide der zu behandelnden Patientin eingeführt, bis die Kapsel derjenigen Stelle anliegt, die als carcinomatös erkrankt entweder selbst oder unterhalb deren ein noch von intaktem Gewebe bedeckter Bezirk des Tumors beeinflußt werden soll; im letzteren Falle findet Verwendung passender Filter statt. In dieser Lage wird die Sonde 1—3 Stunden belassen. Dieselbe Prozedur wird an 10—14 aufeinanderfolgenden Tagen wiederholt und gleiche Bestrahlungsserien mit eingeschobenen Ruhepausen von 1 bis 2 Wochen, so lange tunlich oder notwendig, immer wieder nachgeschickt. Die Einwirkung strahlender Energie ist bei dieser Anordnung immerhin nicht unbeträchtlich, einmal wegen der ansehnlichen primären Strahlungsquelle und andererseits, weil die bei Verwendung solcher Apparate unumgängliche Filtrierung der Strahlung und dadurch bedingte Beeinträchtigung der ursprünglichen Strahlenausbeute nur durch 0,2 mm starkes Aluminium geschieht, so daß neben den γ-Strahlen auch der größte Teil der von dem Mesothoriumpräparat emittierten β-Strahlung therapeutisch ausgenutzt werden kann. Trotzdem hat Verf. damals mitteilen müssen, daß sie in 17 Fällen von inoperablem Uteruscarcinom, obwohl sie zum Teil langfristig behandelt werden konnten, niemals eine Beeinflussung des Tumors und ebensowenig auch jemals einen deutlichen subjektiven Besserungserfolg hatten konstatieren können. Diese negative Erfahrung wurde auch seither in der Regel wieder und wieder gemacht. Allein schon im Schlußwort seiner damaligen Publikation hatte Verf. gesagt: „Ich zweifle nicht, daß, wenn wir auch weiterhin die Mesothoriumsonde systematisch bei allen unseren Uteruscarcinomen einlegen, schließlich doch einmal ein derartig einwandfreies (an der Geschwulst selbst sicher feststellbares) mehr oder minder weitgehendes, günstiges Resultat zu erzielen sein wird." Verf. berichtet nun in der vorliegenden Arbeit über einen Fall, in dem sich diese Voraussicht bewahrheitet hat (vergl. den Sitzungsbericht der „Berliner Med. Gesellschaft" in dieser Nummer. Red.).

Chirurgische Therapie und Technik.

Henryk Goldberg (Lodz): **300 Fälle von Lumbalanästhesie mit Tropakokain.** (Przeglad Chirurgiczny i Ginekologiczny, Bd. 5, H. 2.)

Für das Gelingen der Anästhesie ist die Technik von großer Wichtigkeit. G. verwendete in den meisten Fällen eine wässerige Lösung von Tropakokain und nur in wenigen eine Lösung des Anästheticums in physiologischer Kochsalzlösung. Die Menge des in den Organismus eingeführten Tropakokains schwankt zwischen 0,03—0,1 g. 0,1 g wurde nicht überschritten. Um die das Einstechen bedeutend erleichternde bogenförmige Biegung des Rückens zu erhalten, hat der Patient sitzend die Ellenbogen auf die Knie aufzustützen. Der Einstich muß genau ca. ½ cm unterhalb des Dornfortsatzes ausgeführt werden, während die Nadel horizontal einzuführen ist. Verf. wählte stets die Stelle zwischen dem 3. und 4. Dornfortsatz, um höhere Einstechungen möglichst zu vermeiden. Es kann der Grundsatz gelten, daß die Anästhesie desto höher ist, je größere Mengen von Meningealflüssigkeit herausgezogen werden. Vor dem Zurückspritzen wird die in der 10 g-Rekordspritze befindliche Tropakokainlösung mit der Cerebrospinalflüssigkeit, deren Menge zwischen 5 und 10 ccm schwankt, gemischt. Nach der Injektion verbleibt der Patient noch 3—5 Minuten in sitzender Stellung. Erschütterung ist zu vermeiden. Es scheint, daß die richtige Plazierung des Körpers sowohl für den Erfolg der Anästhesie, als auch für etwaige Komplikationen das wichtigste Moment ist. Unter den 300 Fällen Goldbergs waren 88 pCt. vollkommene Anästhesien. Bei den letzten 100 Fällen betrugen die Versager nur 1 pCt. G. glaubt dies mit der verbesserten Technik und der größeren Erfahrung erklären zu dürfen. Nebenwirkungen traten im Durchschnitt bei 9 pCt. der Fälle auf (bei den letzten 100 Fällen nur 5 pCt.); die häufigsten waren Kopfschmerzen; die Patienten genasen jedoch sämtlich. Frauen sind Nebenwirkungen mehr unterworfen als Männer.

G. fühlt sich zu dem Schluß berechtigt, daß die Lumbalanästhesie sogar in primitiven Verhältnissen ohne Schaden für den Kranken angewandt werden kann. M.

Prof. **F. Sauerbruch** (Zürich): **Die Beeinflussung von Lungenerkrankungen durch künstliche Lähmung des Zwerchfells [Phrenikotomie].** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verf. hat vor kurzem bezüglich der allgemeinen pathologischen Grundlagen der Lungenkollapstherapie und speziell der extrapleuralen Thorakoplastik gezeigt, daß die mechanische Einengung des Brustkorbes über dem Hauptererkrankungsherd nur selten genügt, wenn nicht daneben noch für eine funktionelle Ruhigstellung der Lunge gesorgt wird. Eine partielle Oberlappenplastik kann das erkrankte Lungengewebe zwar zur Retraktion und Kavernen zur Verkleinerung bringen, für den Heilverlauf ist aber nur dann eine genügende Wirkung zu erhoffen, wenn gleichzeitig durch Ausdehnung der Rippenresektion auf die unteren Thoraxabschnitte auch eine Ruhigstellung der Lunge erreicht wird. Durchaus notwendig ist nach Verf. dieses Vorgehen bei Oberlappentuberkulosen, wenn es sich um kavernöse Phthisen mit großen Sputummengen handelt, um die Aspiration tuberkulösen Materials aus dem erkrankten Oberlappen in den evtl. noch gesunden Unterlappen zu verhüten. Verf. macht darum in derartigen Fällen die Resektion der 2. bezw. 1.—11 Rippe in einer Sitzung. Uebrigens werden bei fast allen fortgeschritteneren Oberlappentuberkulosen auch im Unterlappen vereinzelte Herde angetroffen. Dagegen steht bei kleineren scharf umgrenzten Prozessen im Oberlappen und vollständig gesundem Unterlappen der Eingriff im Mißverhältnis zu der Ausdehnung der Erkrankung. Für derartige Fälle schlägt Verf. nun vor, die künstliche Lähmung des Zwerchfells an der erkrankten Seite durch Durchschneidung des betreffenden Phrenicus zu machen, ein Vorschlag, der übrigens vor zwei Jahren schon von Stürtz gemacht wurde. Auch bei isolierter Unterlappentuberkulose dürfte nach Verf. die Phrenikotomie indiziert sein, besser noch in Verbindung mit einer Plastik, ferner auch bei nichttuberkulösen Bronchiektasien, endlich, wenn bei schwerer Tuberkulose einer Seite die andere zu krank ist, als daß eine Thorakoplastik ausgeführt werden könnte. Verf. hat die Phrenikotomie bisher 5 mal ausgeführt. Die Technik ist folgende: Bei halb sitzender Stellung des Kranken wird der Kopf auf die gesunde Seite geneigt und dadurch die Herzmuskulatur auf der erkrankten Seite angespannt. Der Hautschnitt in 10 cm Länge verläuft am hinteren Rande des Kopfnickers, bis zur Clavicula. Nach Durchtrennung der oberflächlichen Muskelschicht wird der Scalenus anticus freigelegt. Am besten läßt man den Kopfnicker medialwärts und den Omohyoideus nach unten ziehen. Auf der Vorderfläche des Scalenus verläuft von oben nach unten der ca. 3 mm dicke Phrenicus. Man isoliert ihn mit einem Schielhäkchen und durchschneidet ihn. Darauf Muskel- und Hautnaht. Der Verlauf nach der Operation war in allen Fällen ungestört. Die Nachuntersuchung ergab die Zeichen der Zwerchfellähmung: maximale Expirationsstellung und kleinste respiratorische Verschiebung im umgekehrten Sinne. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Mai 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Ergebnisse der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation des Verdauungsschlauches. (Mit Demonstration von Lichtbildern und Tafeln.)

Herr **Th. Hausmann** (Rostock [a. G.]): Die Methode beruht auf der rigorosen Durchführung einfacher Prinzipien. Es muß die Tiefenpalpation auf der hinteren Kanalwand ausgeführt werden (Wirbelsäule, M. psoas), es müssen systematische Gleitbewegungen gemacht werden in einer zur Längsachse des betr. Abschnittes senkrechten Richtung. Dabei fühlen wir nicht nur konsistente Organteile, sondern auch weiche Gebilde. Es müssen hierzu einfache Prinzipien rigoros durchgeführt werden, und zwar manipuliere man rhythmisch, synchron der aspiratorischen Phase der Atmung, im Takt. Man soll nicht aus dem Takt fallen. Es können in erheblichem Prozentsatz der Fälle palpiert werden: Curvatura major, Pylorus, Colon transversum, Coecum, Flexura sigmoidea, Pars coecalis ilei, selten auch der normale Wurmfortsatz. Andere Dünndarmteile sind der Tastung nicht zugänglich, und das ermöglicht die Deutung der getasteten Teile in einwandfreier Weise, wenn wir sie in ihrem Verlauf verfolgen und ihre topographische Beziehung zueinander feststellen. So kann die Topographie auch bei Senkung und Verlagerung gefunden werden, so können Tumoren sicher lokalisiert werden. Auf dem Psoas können die über ihn hinwegziehenden Teile leicht getastet werden. Die Tastbarkeit des normalen Wurmfortsatzes ist abhängig: 1. von der Tastbarkeit des Psoas, 2. von seiner Lage auf dem Psoas, 3. von seiner mesenteriellen Fixation.

Der einseitige Psoasschmerz ist wichtig, sofern er auf eine begrenzte Gruppe von Organleiden hinweist: Appendizitis, Erkrankungen der weiblichen Genitalien und der oberen Harnwege. An diese Organe hat die weitere Untersuchung anzusetzen. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion über den Vortrag von Bumm: Ueber die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung bei Carcinom der weiblichen Genitalien.

Herr **A. Pinkuss**, der wohl als Erster die Mesothoriumstrahlen beim Krebs der weiblichen Genitalien angewendet hat, berichtet über seine Erfahrungen an weiteren 22 Fällen. Vorstellung zweier Patientinnen: 1. 63 jährige Frau, bei der mit Erfolg Krebsrezidive nach Mammaexstirpation zur Vernarbung gebracht wurden; 2. 70 jährige Frau, die wegen Gebrechlichkeit nicht mehr operiert werden konnte, bei der ein exulceriertes Uteruscarcinom zur Vernarbung gebracht wurde. Diese klinische Heilung besteht seit September v. J. Die Mesothoriumbehandlung verspricht Erfolg besonders bei langsam wachsenden Carcinomen. Bezüglich der Indikation steht P. auf dem Standpunkt von Bumm. Die Hauptwirkung beim Mesothorium kommt den β-Strahlen zu; die Wirkung der γ-Strahlen ist noch nicht sichergestellt. Neben der Mesothoriumbestrahlung versuche man noch intravenöse Injektionen und innerliche Darreichung von Thorium-X, Atoxyl und Pankreatin.

Herr **Arendt**: Vorstellung einer seit 2½ Jahren geheilten Patientin, bei der die Bestrahlung mit Uranpechblende vorgenommen wurde. Das Carcinom einer zweiten gleichfalls vorgestellten Patientin ist in der Heilung begriffen. Die Strahlenwirkung der Uranpechblende ist weniger intensiv und langsamer, dafür aber ungefährlicher als die des Mesothorium.

Herr **Meidner**: Im Krebsinstitut der Charité wird zur Behandlung inoperabler Uteruscarcinome ein Mesothoriumpräparat verwendet, welches 30 mg Radiumbromid äquivalent ist. Es befindet sich in einer Kapsel von dünnem Aluminiumblech, die ihrerseits einer Hartgummisonde aufsitzt. Diese Sonde wird täglich auf 1—3 Stunden den Patientinnen in die Scheide eingelegt. Alle 14 Tage werden mehrtägige Pausen eingeschoben. Entsprechend der Natur des dem Institut zugeführten Krankenmaterials waren die Erfolge bisher sehr schlecht; neuerdings wurde bei einer 74 jährigen Frau mit inoperablem Gebärmutterkrebs durch die seit November v. J. fortgeführte Behandlung ein erfreuliches Resultat erzielt, indem die Erkrankung zum Stillstand gebracht und subjektive Beschwerdefreiheit erreicht wurde.

Auch Mastdarm- und Oesophaguscarcinome wurden bereits der Strahlenbehandlung unterzogen; selbst bei letzteren gelingt es relativ leicht, die mit der Kapsel versehene Sonde auf mehrere Stunden an den Krankenherd zu bringen. Erfolge waren wegen des vorgeschrittenen Stadiums dieser Fälle bisher allerdings noch nicht zu verzeichnen. — Bei Verwendung energisch wirkender Präparate dürften zur Vermeidung unbeabsichtigter Verbrennungen Bleifilter von etwa 3 mm Dicke notwendig sein.

Herr **A. Sticker**: Um Erfolge zu erzielen, sind größere Dosen erforderlich, von 50 mg Radiumbromid-Aequivalent an aufwärts. Die bisher gebräuchlichen Kapseln sind zu verwerfen; St. demonstriert das von ihm angegebene Instrumentarium. Von der Verbreitung des neuen Verfahrens zeugt die Tatsache, daß, während St. 1910 auf dem internationalen Gynäkologenkongreß in St. Petersburg als einziger Referent über die Radiumbehandlung des Uteruscarcinoms berichtete, auf der vor kurzem in Halle abgehaltenen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie die Strahlenbehandlung des Krebses ein Hauptthema bildete.

30. Deutscher Kongress für innere Medizin

zu Wiesbaden vom 15. bis 18. April 1913.
Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).
Sitzung vom Mittwoch, den 16. April 1913.
(Fortsetzung.)

Herr **G. Klemperer** (Berlin): **Wesen der Atophanwirkung.** Gewisse dem Atophan nahestehende Körper, wie Novatophan und Azitrin, zeigen dieselbe Wirkung wie Atophan; ändert man den Phenylring, so bleibt die Harnsäureausscheidung aus, z. B. beim Sulfatophan. Ein Atophankörper besitzt sogar die Heilwirkung des Atophan, ohne die Harnsäureausfuhr zu vermehren. Die Wirkung des Atophans kann daher nicht auf Harnsäuremobilisierung beruhen. Bei 300 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus hat sich das Atophan als fast gleichwertig den Salicylaten erwiesen. Vorhergehendes Einträufeln von Atophan verhindert das Entstehen einer Entzündung der Conjunctiva nach Senföleinträufelung. Manche Atophanderivate besitzen auch diese antiphlogistische Wirkung, andere nicht, obwohl sie ausgezeichnete Gichtmittel sind. Atophan wirkt auch schmerzstillend bei Ischias und Kopfschmerzen.

Herr **Abel** (Wiesbaden): **Beziehung zwischen Splanchnicustonus und Harnsäureausfuhr.**

Verfüttert man gleichzeitig mit purinhaltigen Körpern Kalk, so erhält man eine Verminderung der Harnsäureausfuhr

LIPOJODIN

MARKE „CIBA"

(Dijodbrassidinsäureaethylester, 41% Jod)

Den neueren pharmakologischen und klinisch-experimentellen Forderungen entsprechendes

neuro-, lipo- und damit polytropes :: geschmackloses Jodpräparat ::

Keine Magen- und Darmstörungen — Kein Jodismus in therapeut. Dosen — Klinisch sehr gute Resultate

Dosierung: Täglich 1—3 Tabletten, gut zerkaut nach den Hauptmahlzeiten

Rp.: a) 1/1 Originalglas mit 20 Tabletten à 0,3 g Lipojodin (Mk. 1.90)
b) 1/2 Originalglas mit 10 Tabletten à 0,3 g Lipojodin (Mk. 1.—)



Muster und Literatur kostenlos

GESELLSCHAFT FÜR CHEM. INDUSTRIE IN BASEL * Pharmac. Abteilung *

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, Pharmazeut. Abteilung

Adresse für Deutschland und Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden)

Magen- und Darmleidende

können ohne Bedenken den coffeïnfreien „Kaffeehag" trinken, da er zufolge der Reinigung und Entfettung, die er im Extraktionsverfahren durchmacht, außer dem Coffeïn noch die Staubteile, Häutchen, ranzig werdenden Fette etc. verliert, die auf Magen und Darm ungünstig wirken. Der coffeïnfreie „Kaffeehag" wird von Aerzten allgemein verordnet und ist in allen einschlägigen Geschäften erhältlich.

Wiesbaden — Hotel Wiesbadener Hof.

Moritzstrasse 6. Tel. Nr. 6565/6566. Telegr. „Wiesbadenerhof". Haus ersten Ranges. Ruhige zentrale Lage inmitten der Stadt und doch in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes. 100 Zimmer und Salons. Warm und kalt fließendes Wasser, Telefon u. elektr. Licht in allen Zimmern. Erstklassiges Wein- u. Bier-Restaurant. Thermal- u. Süßwasser-Bäder auf allen Etagen. Lift. Auto-Garage. Inhaber: **Xaver Hirster.**

ERNST JAHNLE, BERLIN SW. 48

Wilhelmstraße 28 hp.

Spezialfabrik für Krankenmöbel u. Laboratoriumsapparate



empfiehlt sich zum Bezuge von **Untersuchungs-Stühlen, Operationsmöbeln etc.**

ZENTRIFUGEN

zur **schnellen** und **genauen** Untersuchung von **Harn, Sputum** und **Blut,** sowie zur **Milchfettbestimmung** in bester Ausführung schon von **Mark 12,75** an.

Prospekte an Interessenten kostenlos.

Irrigal-Tabletten — Irrigal-Tablette — Irrigal Tabletten

Scheidenspülungen

sind ein unentbehrliches Hilfsmittel der modernen Frauenhygiene. Hierzu werden die

Irrigal-Tabletten

wegen ihrer adstringierenden und antibakteriellen Eigenschaften ärztlich warm empfohlen.

Aus Holzessig hergestellt. Angenehm parfümiert.

Die Irrigal-Tabletten vereinigen in sich die Vorzüge des Holzessigs ohne dessen Nachteile, wie penetranten Geruch, ätzende Säurewirkung, flüssige Form zu besitzen.

Sie zeichnen sich durch ihre mildadstringierende, antibakterielle Wirkung, durch ihren angenehmen Geruch, ihre Ungiftigkeit sowie durch die leicht handliche Tablettenform aus.

Wegen ihrer Reizlosigkeit sind sie auch bei längerem Gebrauch zu regelmässigen täglichen Waschungen und Spülungen geeignet. Dosierung: 1—2 Tabletten in 1 Liter Wasser.

Literatur: Dr. Burow (Aus dem Pharmakolog. Institut der Universität Innsbruck Dir. Prof. Dr. Nevinny) Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 22/1911.
Prof. A. Moeller: Therapeutische Monatshefte, Oktober 1909.
Dr. Piorkowski: Klin. Therapeut. Wochenschrift Nr. 18/1909.
Prof. Roth. Halle: Jahrbuch für Krankenpflege Nr. 9/1911 u. a.

In Packungen à M. 1,25 und M. 3,— (Gläser mit 12 bez. 40 Tabletten). Proben und Literatur kostenfrei durch

Chem. Fabrik Arthur Jaffé, Berlin O. 27.

LÜDKE

Die Vaginal-Trockenbehandlung

bei akut. Gonorrh., Cervix-Kat., Eros. u. Fluor albus mit



-Bolus-Präparaten

(Auch billige Kassenpackungen)

cf. Liepmann (Therap. Monatshefte 1910, Nr. 12, Nassauer (Münch. Med. Wochenschrift 1912, Nr. 10 u. 11), Wille (Mediz. Klinik 1912, Nr. 5), G. Katz (Frauenklinik Prof. Pinkuss, Berlin, Berl. klin. Wochenschrift 1913, Nr. 17)

verhüten **Keimverschleppung,** schädliche Auflockerung der Epithelzellen und bringen jede Form von Ausfluß in kürzester Zeit zum Verschwinden. Lenicet Bolus 20%, Lenicet Bolus mit Peroxyd (5%) — mit Argt. (0,5%) — mit Jod (1%).

Proben u. Literatur gratis von **Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin-Charlottenburg 4 u. Wien VI/2.**

gegenüber der Norm. Nach Atophanfütterung entsteht bei Kaninchen eine exzessive Darmhyperämie. Es besteht offenbar ein Parallelismus zwischen der Größe der Harnsäureausfuhr einerseits und der Darmtätigkeit und damit der Blutfülle im Pfortadergebiet andererseits. Baryumsulfat erzeugt eine Depression des endogenen Purinwertes auf 60—50 pCt. und Aufhebung der Atophanwirkung, ähnlich Wismut und Uzara. Dagegen entsteht nach Arsen eine Vermehrung der Harnsäure um 50—100 pCt., bei Brechwurz 50 pCt., geringere Wirkung bei Kolchicin, Theophyllin, Chloral u. a. Eine stark vermehrende Wirkung bis zu 60 pCt. ergaben auch alle Diarrhoica. Das Atophan vermehrt die Harnsäure, weil es den Splanchnicus lähmt und damit die Durchblutungsgröße und Sekretion der Gedärme erhöht. Bei einem Falle von Anus praeternat. konnte man nach Nukleinsäure- und Thymusdarreichung exzessive Hyperämie und spontane Blutung der Darmschleimhaut beobachten. Auch die Harnsäure, die bei der Verfütterung der sogen. exogenen Purine ausgeschieden wird, wird bei der Hyperfunktion der Verdauungsdrüsen ähnlich wie bei der Atophandarreichung produziert. A. begründet dann eingehend die Unmöglichkeit, daß ein verfüttertes Purinmolekül zur Harnsäure umgewandelt wird. Insbesondere führt er die Unabhängigkeit von der Nahrungsaufgabe, die Abhängigkeit von der Verdauungsaufgabe und das Vorhandensein eines Grenzwertes für die Harnsäureausfuhr an, der sich auch durch noch so hohe Puringaben nicht hinaufschrauben läßt.

Herr **R. Bass** (Prag): **Ueber Nukleinstoffe und Harnsäure im menschlichen Blute.**

B. hat mittels einer von ihm und Wiechowski ausgearbeiteten neuen Methodik, bei welcher die Enteiweißung durch Koagulation mittels Phosphorwolframsäure-Chinin, Einengung bei mineralsaurer Reaktion und Fällung der Purine durch einen starken Silberüberschuß vorgenommen wird, feststellen können, daß das Blut normaler, purinfrei ernährter Menschen konstant isolierbare Harnsäuremengen enthält. Daneben kommen in weitaus überwiegender Menge Nukleinbasen, hauptsächlich Adenin, vor, fast kein Guanin. Die Nukleinbasen entstammen mit größter Wahrscheinlichkeit gepaarten Muttersubstanzen (Nukleotiden), da sie nur nach der Säurebehandlung der Koagulationsflüssigkeit nachzuweisen sind. Unter chronischer Atophandarreichung sinkt der Harnsäuregehalt des Blutes; eine ähnliche Senkung ist ausnahmsweise auch am Höhepunkt der akuten Atophanwirkung wahrzunehmen, während in der Regel hierbei noch normale Harnsäurewerte aufzufinden sind. Nie bewirkt das Atophan eine Steigerung der Blutharnsäurewerte. Das Atophan besitzt demnach seinen Angriffspunkt in der Niere. Die gepaarten Nukleinbasen des Blutes werden durch Atophan wie durch Nukleinsäuredarreichung nicht beeinflußt. Ob die unter Atophan ausgeschiedene Harnsäure aus aufgestapelten Purinstoffen frisch gebildet wird, oder ob sie aus Harnsäuredepots stammt, bleibt unentschieden. Experimentell ließ sich die letztere Frage an Tieren mittels subkutaner Uratdepots nicht sicher entscheiden. Der Gehalt an Nukleinbasen ist eine besondere Eigentümlichkeit des menschlichen Blutes.

Diskussion:

Herr **Frank** (Breslau): Die sehr schöne Methode von Wiechowski und Bass bedeutet einen großen Fortschritt; die Enteiweißung kann man noch eleganter mit Uran vornehmen. In Uebereinstimmung mit den genannten Autoren konnte F. selbst bei purinfrei ernährten Menschen deutliche Mengen von Harnsäure im Blut nachweisen, so daß er in Verlegenheit ist, wie man jetzt die Diagnose auf Gicht stellen soll. Das Verschwinden der Blutharnsäure nach Atophangaben kann F. ebenfalls bestätigen. Allerdings kommt es nach 1—2 Tagen wieder zu einem enormen Sturz der Harnsäurewerte im Urin unter ganz erheblichem Ansteigen der Harnsäuremengen im Blute. So sind die positiven Resultate von Retzlaff und Dohrn zu erklären.

Herr **Weintraud** (Wiesbaden) faßt gegenwärtig die Atophanwirkung ähnlich auf, wie die von Aspirin und anderen Neuralgicis. Der endogene Harnsäurewert ist eine individuelle Konstante und abhängig von der inneren Mauserung. Der exogene Wert ist über gewisse Grenzen hinaus überhaupt nicht zu steigern. Mit purinfreier Kost gelingt es nicht, das Blut von Harnsäure freizumachen. Es ist also viel wichtiger, daß die im Organismus gebildete Harnsäure ausgeschieden, als daß sie besonders wenig gebildet wird. Wir müssen daher bei unseren diätetischen Vorschriften uns vor allzu strenger Betonung der purinfreien Kost hüten, vielmehr die Nahrung so einrichten, daß sie eine möglichst geringe Verdauungsarbeit erfordert.

Herr **v. Noorden** (Wien) schließt sich der antineuralgischen Auffassung der Atophanwirkung an. Er hat mit Methylenblau gute Erfolge bei Gicht gesehen.

Herr **Göppert** (Göttingen): Die Purinausfuhr kann merkwürdigerweise auch durch Thymusextrakt mächtig angeregt werden, der keine Purine mehr enthält.

Herr **Retzlaff** (Berlin) kam es bei seinen Untersuchungen darauf an, nachzuweisen, daß dem Atophan keine elektive Nierenwirkung zukomme, da unter Atophanwirkung im Blute Harnsäure auftreten kann.

Herr **Minkowski** (Breslau): Die Atophanwirkung ähnelt auch darin der von Salizylsäure, daß man bei genügend großen Dosen Salizylsäure ebenfalls eine Harnsäureausschwemmung hervorrufen kann. Nach Abklingen dieser Vermehrung kann man mit Atophan auch keine Harnsäure mehr zur Ausfuhr bringen.

Herr **Klemperer** (Schlußwort) hat auf die Aehnlichkeit von Atophan mit Salizylaten schon vor Jahresfrist hingewiesen; trotzdem bestehen gewisse Unterschiede, denn Atophan versagt vollkommen bei Typhus und anderen schweren fieberhaften Erkrankungen. Die Wandlungen in den Ansichten über die Pathologie der Gicht lehren uns, daß wir Beobachtung und Erfahrung, nicht Theorie auf unsere Fahne schreiben sollen, dann werden wir vor dem Schicksal bewahrt bleiben, unsere Behandlungsmethoden alle 10 Jahre von Grund aus zu ändern.

Herren **Frank** und **Behrenroth** (Greifswald): **Ueber funktionelle Nierenschädigung nach Infektionskrankheiten.**

Vortragender berichtet über Schädigungen der Nierenfunktion, die sich mit Hilfe der modernen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik nachweisen lassen.

Herren **E. Meyer** und **Jungmann** (Straßburg): **Ueber experimentelle Beeinflussung der Nierentätigkeit vom Nervensystem aus.**

Die Verfasser konnten durch viele Tierexperimente zeigen, daß im verlängerten Rückenmark ein Zentrum existiert, das einen Einfluß auf die Nierentätigkeit ausübt. Wurde diese Stelle durch Stich verletzt, so war, unabhängig von der Wasser- und Kochsalzzufuhr, eine beträchtliche Zunahme der Harnmenge und eine hochgradige Steigerung der prozentualen und absoluten Kochsalzausscheidung die Folge. Die gleiche Wirkung hatte die Durchschneidung der zur Niere gehenden Nerven; indessen war der Salzstich nach der Durchschneidung der Nierennerven erfolglos. Die Nervenbahn, die die Niere mit dem Gehirn verbindet, konnte dann durch besondere Versuche noch genauer bestimmt werden. Die durch Verletzung dieser Bahn hervorgerufene Vermehrung der Kochsalzabgabe und Harnmenge ist zum Teil als eine Reizung der Vasodilatatoren, zum Teil als eine direkte Anregung der Nierenzellen zu erhöhter Tätigkeit aufzufassen. Die gefundenen Tatsachen sind für die Erklärung der normalen Nierenfunktion von Bedeutung und dienen auch der Erforschung mancher noch unklaren Krankheitszustände.

Diskussion:

Herr **Rohde** (Heidelberg) hat durch andere experimentelle Eingriffe dieselben Resultate wie Meyer erhalten.

Herr **Finkelnburg** (Bonn): Beim Diabetes insipidus ist die Konzentrationsfähigkeit der Niere erhalten. Nervöse Polyurie entsteht beim Hund nach Thyreoideaverfütterung.

Herr **Angyan** (Budapest): Bei einer inkompensierten Mitralinsuffizienz mit Oedemen verschwanden diese, als nach embolischer Hemiplegie Polyurie eintrat.

Herr **Schlayer** (München) verwirft die intramuskuläre Milchzuckerinjektion von Frank. Nach Entnerven der Nieren entsteht trotzdem durch Stich in den Wurm des Kleinhirns Polyurie.

Herr **Lüthje** (Kiel): Verzögerung der Milchzuckerausscheidung ist bei Infektionskrankheiten gewöhnlich mit Auftreten von Zylindern und Nierenepithelien im Urin begleitet.

Herr **Forschbach** (Breslau): Bei Diabetes insipidus ist die Konzentrationsfähigkeit für Phosphate, Kochsalz und Harnstoff erhalten.

Herr **Benario** (Frankfurt) betont den Zusammenhang von Diabetes insipidus mit luetischen und Hypophysenerkrankungen.

(Fortsetzung folgt.)

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **A. Thies** (Gießen): **Behandlung akuter chirurgischer Infektionen mit rhythmischer Stauung.**

Auf Grund physiologischer Ueberlegungen empfiehlt Vortr. bei akuten Entzündungen anstatt nach der Empfehlung Biers, ununterbrochen über den größten Teil des Tages zu stauen, eine häufig unterbrochene Stauung, etwa derart, daß 1—2 Minuten gestaut, ebenso lange die Stauung ausgesetzt wird, wiederum eine Stauphase einsetzt usw.

Diese „rhythmische" Stauung erzielt er mit einem Apparat, der unter Zugrundelegung des Perthesschen Dauerstauapparates konstruiert ist. Mit ihm läßt sich ein beliebiger Rhythmus in der Stauung erzielen.

Die Methode hat folgende Vorzüge vor der Dauerstauung: Man kann die rhythmische Stauung ohne längere Unterbrechung über viele Tage hin anwenden. Es bildet sich auch bei intensiver langdauernder Stauung kein so starkes Oedem, daß die Entstehung der Hyperämie beeinträchtigt wird, wie dies bei

der gleichmäßigen Dauerstauung der Fall ist. Die gestaute Extremität bleibt stets warm. Die Endothelzellen der Kapillaren werden offenbar geschont, da sie immer wieder mit frischem Blut in Berührung kommen. Sie sind daher ihrer Aufgabe, die Toxine zu binden, mehr gewachsen. Es tritt kein „Stauungsfieber" auf, das man sonst nach Lösung der Staubinde wohl beobachtet. Man kann die rhythmische Stauung auch bei Patienten anwenden, bei denen Sensibilitätsstörungen bestehen. Auch kleine Kinder können ununterbrochen über viele Tage gestaut werden. Die rhythmische Stauung hat sich in einer Reihe von Fällen akuter Entzündung gut bewährt.

Herr **Vorschütz** (Cöln): **Behandlung septischer Prozesse durch Darreichung von Alkalien.**

Die Darreichung der Alkalien bei septischen Prozessen auf Grund der im Körper auftretenden Säuren und der physiologischen Wirkung der Alkalien wurde seit Jahren in der chirurgischen Klinik von Herrn Geheimrat Tilmann vorgenommen, indem bei schweren Eiterungen mit septischem Charakter hohe Alkalidosen verabreicht wurden, 10—20 g bei Erwachsenen, 5—10 g bei Kindern. Um im Experiment die Anschauung am lebenden Tier zu beweisen, welche von Ehrlich an Serumplatten schon im Jahre 1890 auf Grund seiner Experimente ausgesprochen wurde, daß die bactericide Kraft des Blutes abhängig sei von seinen Salzen, wurde das Blut von Kaninchen ausgesäuert und dann eine bestimmte Menge Ricin eingespritzt. Hierbei zeigte sich — es wurden 50 ccm einer $^1/_{10}$-Normalsalzsäurelösung eingeführt —, daß das so angesäuerte Blut nicht imstande war, dieselbe Menge Gift zu binden als das normale Blut. Wenn man durch entsprechende Mengen Alkali die Ansäuerung behob, blieben die Tiere am Leben.

Die günstigen Erfolge der Alkalien beruhen 1. auf ihrer katalytischen Wirkung, 2. auf Wasserzurückhaltung im Gewebe (Turgescenz, Oedem), 3. auf ihrer Nierenwirkung, indem eine starke Vermehrung des Urins auftritt, 4. auf der starken Sekretion der Drüsen, die für den Verdauungstraktus einen größeren Appetit bedeuten, 5. in der Erhöhung des Blutdruckes.

3. Hauptthema:

Hirn- und Rückenmarkschirurgie.

Herr **v. Eiselsberg** (Wien) teilt die Statistik der in seiner Klinik unter der Diagnose Hirntumor operierten (162) Fälle mit. Unter 69 diagnostizierten Großhirntumoren waren 20 Fälle, in denen bloß aufgeklappt und nichts gefunden wurde — 7 von diesen starben. 40 mal wurde der Großhirntumor exstirpiert, 9 mal kam es zu einem operativen Exitus, darunter 5 mal durch Meningitis; in 2 von diesen Fällen war drainiert worden, in 3 anderen war die Dura offen geblieben. 9 weitere Fälle erlagen in einigen Monaten dem Tumor, einige andere einem Rezidiv. 3 blieben ungeheilt wegen diffusen Glioms usw. 9 wurden geheilt, 6 gebessert. Günstiger war das Ergebnis bei den Hypophysistumoren, unter 16 Fällen 4 Todesfälle, 12 Heilungen oder Besserungen, unter diesen 3 Fälle von Cystenoperation. Die Meningitis serosa erkennt Redner im wesentlichen nur als Symptom, nicht als Krankheit sui generis an; unter 3 Fällen blieben 2 ungeheilt. Von den Kleinhirntumoren erlagen 9 nach der ersten Operation; 12 mal wurde nichts gefunden, nur 8 mal der Tumor. Im Gegensatz dazu wurde die Diagnose des Acusticustumors in allen 17 Fällen bestätigt. 2 Patienten gingen nach dem ersten Akt zugrunde, 11 hatten Tumoren von mehr als Eigröße, nicht weniger als 10 von diesen starben. In Zukunft wird Redner zur Verhütung des Shoks in solchen Fällen die Geschwulst per morcellement entfernen, ohne bei diesen relativ benignen Tumoren eine Dissemination oder ein Zurücklassen von Tumorresten allzu sehr zu fürchten. In einem Falle von beiderseitigem Acusticustumor, wo Blind- und Taubheit bereits absolut waren, aber kein Kopfschmerz bestand, wurde der Eingriff abgelehnt. 2 Fälle von Ventrikeldrainage gingen zugrunde. Da um das Drainrohr in einem Falle sich entzündliche Veränderungen etabliert hatten, wird Vortr. in Zukunft den Balkenstich vorziehen. Epikritisch bemerkt er zu 3 Fällen von diffuser Gliomatose, in welchen der Tumor nicht gefunden wurde, daß bei der Operation ein erfahrener pathologischer Histologe zur Untersuchung von Probeexzisionen zugezogen werden sollte. Ferner hat er einige Male die Anwesenheit von Cysten verkannt, weil er ihren Inhalt für Liquor hielt. Zur Vorbereitung für die Operation gibt Vortragender zwecks Begünstigung der Blutgerinnung Calcium lacticum und als Desinfizienz für den Liquor Urotropin. Der erste Akt der Operation wird unter Novocain-Adrenalin ausgeführt. Er bespricht die Einzelheiten seiner Technik. Häufig hat er die Duraplastik mittels Fascia lata ausgeführt, 14 Fälle, von denen nur 2 starben. Dies Verfahren erscheint berufen, die Gefahr der Infektion zu verringern. 17 mal sah er Meningitis, darunter 4 mal bei Hypophysistumoren, die nach Schloffer auf nasalem Wege exstirpiert waren. Krause (Berlin) hat bei doppelt so großem Material keine Infektion gesehen.

Außer dem Zufall sind für diesen Unterschied vielleicht verantwortlich zu machen Quetschungen, Tamponaden, Drainagen und der Zustand der Patienten — unter den Privatfällen kam Meningitis nicht vor. Wahrscheinlich wurde auch zu selten der Verband gewechselt. An Shok und Atemlähmung starben 29 Kranke; diese Zahl wird sich vielleicht verkleinern lassen durch mehrzeitiges Vorgehen, sorgfältigere Blutstillung und Morcellement. Wichtiger als alles dies wird indessen die Frühdiagnose bleiben. Wenn auch die Resultate der Hirntumoroperationen weit hinter denen anderer chirurgischer Eingriffe zurückstehen, so ist doch der Zustand der von Kopfschmerzen gequälten, der Blindheit entgegengehenden Kranken ein so trauriger, daß der Eingriff mit all seinen Gefahren vollauf gerechtfertigt erscheint.

Herr **Ranzi** (Wien) gibt eine Statistik der Rückenmarksoperationen von der gleichen Klinik. Von 5 extramedullären Tumoren wurden 3 geheilt, 1 gebessert, 1 starb. 2 intramedulläre Tumoren kamen zur Heilung. Schlecht ist die Prognose bei Wirbeltumoren. Bei Carcinom aussichtslos. 5 Fälle mit 3 Todesfällen, 2 Besserungen. Der angenommene Tumor wurde in 5 Fällen nicht gefunden, 2 mal bestand eine Meningitis serosa circumscripta, 3 mal wurde die Dekompression vorgenommen, in einem Falle mit bleibendem, in 2 mit vorübergehendem, in 3 ohne Erfolg. Unter 5 Fällen von Fraktur der Wirbelsäule wurde 3 mal die neuerdings empfohlene frühzeitige Operation ausgeführt mit wenig befriedigendem Ergebnis. Erfolglos war die Operation in 2 Fällen von Spondylitis. Wegen Spasmus wurden 16 Operationen bei 15 Patienten vorgenommen. Bei Spasmus der unteren Extremität 4 Erfolge unter 6 Fällen, weniger günstig bei Spasmus der oberen Extremität, bei Athetose kein Resultat. Ebenso wenig Erfolg hatte die Foerstersche Operation in 1 Fall von gastrischen Krisen, in dem auch schon die doppelte Vagotomie vergeblich ausgeführt worden war. Im ganzen kamen auf 40 Fälle 13 Todesfälle, 5 operativ, 2 durch Meningitis, diese bedingt durch Incontinentia urinae. Die Heilungen und Besserungen zeigen sich erst nach langer Zeit und entwickeln sich allmählich. Operiert wurde einzeitig unter Allgemeinnarkose. Die Dura soll vorsichtig in kleinstem Umfange eröffnet werden, um ein plötzliches Abstürzen des intramedullären Drucks zu verhüten. Aus dem gleichen Grunde operiert man in Beckenhochlagerung. Die extradurale Wurzeldurchscheidung nach Guleke stellt gegenüber dem ursprünglichen Förster schen Verfahren eine technische Erschwerung, jedoch einen entschiedenen Fortschritt dar. Die Chancen der Rückenmarksoperationen sind besser als bei Hirnoperationen. 4 Fälle sind seit Jahren (2—5½) dauernd geheilt.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, herausgegeben von **Robert Sommer**, Dr. med. et phil., ord. Professor an der Universität Gießen. Bd. 8, H. 1. Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. Preis 3 M.

Den Hauptinhalt des vorliegenden Heftes bildet eine umfangreiche Arbeit von Leo Werner (Berlin-Charlottenburg) über die Heine-Medinsche Krankheit in ihren Beziehungen zur Chirurgie. Verf. bearbeitet darin u. a. Beobachtungen aus der chirurgischen Klinik der Charité, aus dem Kaiser-Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin und aus der Poliklinik von Professor Rothmann zu Berlin, ferner gibt er einen Ueberblick über die Geschichte der Krankheit. Die Arbeit, die noch nicht abgeschlossen ist, dürfte für Kinderärzte, Orthopäden, Chirurgen und Neurologen von gleichem Interesse sein. Außerdem enthält das Heft noch einen Beitrag von Erich Ebstein über Polydaktylie und eine Arbeit von Deist über Luminal.

Neuere Arzneimittel, ihre Zusammensetzung, Wirkung und Anwendung. Von Dr. med. **C. Bachem**, Professor der Pharmakologie an der Universität Bonn. (Sammlung Göschen, No. 669.) Berlin und Leipzig 1913, G. J. Göschensche Verlagshandlung. 144 S. In Leinwand geb. 0,90 M.

Bei der Fülle von neuen Arzneimitteln, welche der modernen chemisch-pharmazeutischen Industrie ihre Existenz verdanken, ist es für jeden Arzt erwünscht, von Zeit zu Zeit eine übersichtliche Zusammenstellung der neueren Präparate zu erhalten, aus welcher er sich schnell über die Zusammensetzung, Indikationen und Anwendungsweise der neueren Mittel orientieren kann. Für diesen Zweck ist das vorliegende Werkchen ganz empfehlenswert. Es haben hier fast alle neueren, bis Ende vorigen Jahres eingeführten Arzneipräparate Aufnahme gefunden. Der Stoff ist nach klinischen Gesichtspunkten geordnet; ein allgemeines alphabetisches Register ermöglicht außerdem das schnelle Auffinden der einzelnen Mittel. Da das Buch hauptsächlich praktischen Zwecken dienen soll, so sind fast durchweg die Preise der Arzneimittel angegeben.

Die Schönheitspflege. Für Aerzte und gebildete Laien dargestellt von Dr. **Orlowski**, Spezialarzt in Berlin. Dritte, verbesserte Auflage, mit 30 Abbildungen im Text. Würzburg 1913, Curt Kabitzsch' Verlag. 132 S. 2,50 M.

Dieser Leitfaden der Kosmetik berücksichtigt nicht ausschließlich, aber vorzugsweise die mechanischen und physikalischen Hilfsmittel der Schönheitspflege; er wird somit ganz gut das vor kurzem an dieser Stelle besprochene Buch von Eich-

hoff ergänzen, in welchem hauptsächlich die medikamentöse Seite der Kosmetik dargestellt ist. Im vorliegenden Buch wird zunächst die Pflege der Haut und der Haare geschildert; dann folgt in verhältnismäßig ausführlicher Darstellung die „Schönheitsmassage", welche für den ärztlichen Leser allerdings weniger von Interesse sein wird als für die „gebildeten Laien" feminini generis. Am Schluß sind die wichtigsten in der Kosmetik zur Verwendung gelangenden modernen physikalischen Methoden geschildert, z. B. die Elektrolyse, die Anwendung der Röntgenstrahlen, die Kaustik, die Hochfrequenzbehandlung, die Behandlung mit Kohlensäureschnee und mit der Quecksilberdampflampe. Letzterer Gegenstand wurde von Dr. Lautsch (Graudenz) bearbeitet. Dieses die physikalischen Methoden der Kosmetik behandelnde Kapitel bringt den ärztlichen Lesern am meisten.

Taschenbuch der Fortschritte der physikalisch-diätetischen Heilmethoden. Von Dr. **Egon von Sohlern**, Hausarzt in Dr. Oeders Diätkuranstalt, Niederlößnitz bei Dresden. XII. Jahrgang. Leipzig 1913, Benno Konegens Verlag. 138 S. 3 M. (geb. 3,60 M.).

Für sehr beschäftigte Aerzte, welche nicht die Zeit erübrigen können, regelmäßig eine oder mehrere größere medizinische Blätter zu lesen und sich daraus Auszüge zu machen, dürfte das vorliegende Taschenbuch vielleicht von Nutzen sein. Von dem neuen Bearbeiter ist der Stoff, was Billigung verdient, in einzelne Kapitel gegliedert (Diätetisches; Elektrotherapie; Gymnastik und Massage, Uebungstherapie, Heliotherapie, Hydrotherapie, Kältebehandlung; Klimato-Thalasso-Balneotherapie; Lichttherapie, Pneumato- und Inhalationstherapie; Radiotherapie, Röntgentherapie usw.); ein alphabetisches Register ist außerdem hinzugefügt. Einzelne Referate hätten ausführlicher sein können, besonders, wo es sich um neue Methoden, wie die Diathermie, handelt. Der Preis des Taschenbuches ist im Verhältnis zu dem Umfang (138 Seiten Duodezformat) entschieden zu hoch. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Das „Ministerialbl. f. Medizinalangelegenheiten", 1913, No. 22, enthält einen Erlaß des Ministers des Innern vom 6. Mai d. J., der sich gegen die — neuerdings offenbar häufiger gewordenen — ärztlichen **Ordinationen starkwirkender Arzneimittel** ohne ausreichende schriftliche Gebrauchsanweisung wendet. Die Kreisärzte sollen auf die Abstellung dieses Mißstandes hinwirken.

München. Zur sog. **Dichotomiefrage**, die in der letzten Zeit die hiesige Aerzteschaft lebhaft beschäftigte, hat der Neue Standesverein Münchener Aerzte in seiner Sitzung vom 20. Mai einstimmig folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Der Neue Standesverein Münchener Aerzte steht in dieser Frage auf dem Boden des § 16 der Standesordnung. (Dieser Paragraph lautet: Irgendwelchen Personen zum Zwecke der Krankenüberweisung Entgelt oder Vorteile zu bieten, ist verboten. Red.) 2. Dichotomie, soweit unter diesem Ausdruck Teilung des Honorars zwischen dem zuweisenden Arzt und dem Operateur (Gewährung eines Zuweisungsgeldes) bezeichnet werden soll, ist als standesunwürdig verboten. 3. Aus der Tatsache einer für mehrere Aerzte gemeinsamen Rechnungsstellung ist an sich ein Vorwurf nicht abzuleiten. 4. Die Honorarbeträge müssen der wirklich geleisteten ärztlichen Tätigkeit entsprechen. — Einen ähnlichen Beschluß hat am 23. Mai die Vollversammlung des Münchener Aertztevereins für freie Arztwahl gefaßt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. Prof. Dr. E. Harnack, der bekannte Pharmakologe, ist von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Frankfurt a. M. Geheimrat Prof. Dr. Paul Ehrlich ist von der Deutschen chemischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Hamburg. Am **Allgemeinen Krankenhause Eppendorf** zu Hamburg ist eine Abteilung für Physiologie errichtet und als Vorsteher derselben Prof. Dr. O. Cohnheim aus Heidelberg berufen worden.

Bremen. Dr. med. Georg Strube, dirigierender Arzt des Vereinskrankenhauses vom Roten Kreuz in Bremen, ist zum Direktor der hier neu zu erbauenden Städtischen Krankenanstalt gewählt worden.

Leipzig. Der ordentl. Professor der inneren Medizin Geh. Med.-Rat Dr. Friedr. Albin Hoffmann, Direktor der hiesigen Universitätspoliklinik, ist zum sächs. Wirkl. Geh. Rat mit dem Prädikat Exzellenz ernannt worden.

Gießen. Der Direktor der Hessischen Landesversicherungsanstalt Geheimer Regierungsrat Dr. Dietz in Darmstadt, der sich um die Errichtung der Lupusheilstätte Verdienste erworben hat, ist von der hiesigen medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden.

Würzburg. Der seit mehreren Jahren in Dresden am städtischen Krankenhause als Oberarzt wirkende und kürzlich zum Mitglied des sächsischen Landesgesundheitsamtes und Medizinalrat ernannte frühere Privatdozent der inneren Medizin Prof. extr. tit. Dr. Otto Rostoski ist jetzt aus dem Verbande der hiesigen Hochschule endgültig ausgeschieden.

— Dem Augenarzt Dr. J. Schneider in Milwaukee, der im vorigen Jahre der hiesigen Universitätsaugenklinik 100 000 M. und in diesem Jahre wieder 10 000 M. überwiesen hat, wurde die Universitäts-Ehrenmünze verliehen.

Tübingen. Der Privatdozent der Anatomie in Kiel Prof. Dr. K. v. Korff ist als Prosektor an das hiesige anatomische Universitätsinstitut berufen worden.

Prag. Als Nachfolger des nach Königsberg i. Pr. übergesiedelten Prof. Hofmann ist Prof. A. v. Tschermak, ordentlicher Professor der Physiologie an der Wiener Hochschule für Bodenkultur, hierher berufen worden.

Graz. Prof. H. Spitzy ist nach Wien verzogen und hat die Leitung der Orthopädischen Abteilung im Kaiser Franz Josef-Ambulatorium übernommen.

Bern. Prof. Dr. Langhans, der Ordinarius der pathologischen Anatomie, tritt mit dem Ende des Sommersemesters in den Ruhestand.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Ein **internationaler Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie** soll hier vom 7. bis 12. September 1914 stattfinden.

München. Hier ist ein **Verein zur Gründung und Erhaltung von Heilerziehungsheimen** gegründet worden. Psychopathisch veranlagte Kinder von Minderbemittelten sollen in diesen Anstalten eine besondere medizinisch-pädagogische Erziehung erhalten, um sie für den Lebenskampf tauglich zu machen.

London. Das Bureau der Permanenten Kommission der internationalen medizinischen Kongresse (Haag [Holland], Hugo de Grootstraat 10) hat soeben ein Heft erscheinen lassen, das eine Zusammenstellung der Reisevergünstigungen enthält, die den Teilnehmern des **17. internationalen medizinischen Kongresses**, der vom 6. bis 12. August 1913 in London stattfindet, von den Eisenbahnverwaltungen der verschiedenen Länder gewährt wird. Das Heft enthält auch eine tabellarische Uebersicht der für die Kongreßteilnehmer in Betracht kommenden Londoner Hotels und Pensionen mit Preisen usw. Das Bureau des Kongresses befindet sich in London, 13 Hinde-Street W.

Verschiedenes.

Berlin. Die Fortschritte der praktischen Medizin umfaßt ein **Kurszyklus**, der in Berlin vom 19. bis 28. Juni von der „Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse" veranstaltet wird, und zwar unter Mitwirkung des „Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen". Der erste Teil des Programms enthält folgende Vorträge: Pathologische Anatomie der Bluterkrankungen, insbesondere Leukämie, Anämie (Prof. Benda); Die frühzeitige Erkennung und moderne Behandlung der Blutkrankheiten (Dr. Hans Hirschfeld); Ueber Transplantationen und den künstlichen Ersatz von Organteilen (Dr. R. Mühsam); Die Erkennung der Exantheme bei inneren Erkrankungen (Prof. Zinn); Pathologische Anatomie des Herzens, insbesondere Herzmuskelerkrankungen (Dr. Ceelen); Fortschritte in der Erkennung der Herzleiden mit besonderer Berücksichtigung der Arrhythmien (Prof. Nicolai); Medikamentöse und physikalische Therapie des Herzens (Prof. Fleischmann); Die Herzaffektionen in der Gynäkologie und Geburtshilfe (Prof. R. Freund); Pathologische Anatomie der Blutgefäße (Prof. Westenhöffer); Die Behandlung der Gefäßerkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Arteriosklerose (Prof. M. Michaelis); Embolie, Thrombose, Gangrän und ihre Behandlung (Stabsarzt Lotsch); Die Anzeigepflicht des prakt. Arztes (San.-Rat Joachim); Pathologische Anatomie der Lungentuberkulose (Prof. v. Hansemann); Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Röntgen- und spezifischen Diagnose (Prof. Brandenburg); Der gegenwärtige Stand der Lungenchirurgie, insbesondere Indikationen für künstlichen Pneumothorax und Ueberdruckverfahren (Prof. M. Borchardt); Die Indikationen zur künstlichen Frühgeburt und deren Technik (Prof. Koblanck); Pathologische Anatomie der Nieren, insbesondere Entzündungen (Dr. C. Davidsohn); Erkennung und Behandlung der Nephritis, nebst Einteilung ihrer Arten (Prof. Strauss); Fortschritte in der Erkennung der Blasen-Nierenleiden und in den intravesikalen Behandlungsmethoden, insbesondere bei Steinen und Geschwülsten (Prof. R. Kutner); Die Frühdiagnose der Schwangerschaft (Prof. P. Strassmann); Anatomie des

Magens und Darms, insbesondere Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni, Carcinom (Prof. Oestreich); Diagnose und Differentialdiagnose der wichtigsten Verdauungskrankheiten (Prof. L. Kuttner); die wichtigsten Fortschritte der Magen-Darm-chirurgie, einschl. Hernien (Prof. Klapp); Die von der Reichsversicherungsordnung dem prakt. Arzt gestellten neuen Aufgaben (San.-Rat Mugdan); Pathologische Anatomie der Leber, der Gallenwege und des Pankreas (Prof. Pick); Die häufigsten Erkrankungen der Leber, mit besonderer Berücksichtigung der Pankreatitis (Prof. Külbs); Neuere Fortschritte in der Chirurgie des prakt. Arztes (Prof. Schmieden); Die Beziehungen des prakt. Arztes zu den praktischen Zielen der Lebensversicherung (Dr. Reckzeh); Pathologische Anatomie der Knochen und Gelenke (Prosektor Koch); Die Behandlung der chronischen Arthritiden und der Gicht, mit besonderer Berücksichtigung der radioaktiven Substanzen (Prof. Brugsch); Fortschritte in der Behandlung der Frakturen und Luxationen (Prof. Axhausen); Ueber neuere Nervina und Narkotica (Prof. Klemperer); Neuere Anschauungen über geistige Minderwertigkeit und ihre praktische Bedeutung (Geh. Med.-Rat Leppmann); Ueber Salvarsanbehandlung mit Demonstrationen (San.-Rat Wechselmann); Die Syphilis der inneren Organe, ihre Erkennung und Behandlung (Dr. Citron); Experimentelle Chemotherapie (Prof. Morgenroth). — An den Nachmittagen werden täglich Kurse über sämtliche Sondergebiete der praktischen Medizin gehalten. — Anmeldungen sind an das Bureau der Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse (Herrn H. Melzer, Berlin N. 24, Ziegelstraße 10/11) zu richten. Anfragen beantwortet das Bureau der Dozentenvereinigung und die Aerztliche Aufkunftei im Kaiserin Friedrich-Hause (Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4).

— Zur **Bekämpfung des Alkoholismus in der Armee** werden vom Kriegsministerium an sämtliche Soldaten kostenfrei Merkblätter verteilt, die an der Hand von Beispielen die schlimmen Folgen des übermäßigen Alkoholgenusses und die sich daraus ergebenden militärischen Vergehen schildern. Vom Herbst ab werden diese Merkblätter regelmäßig an die neu eingestellten Rekruten verteilt werden.

London. Der Haushalt der **British Medical Association** soll im verfl. Jahre mit einem Defizit von 8834 Lstr. abgeschlossen haben, das verursacht ist durch die großen Kosten, die ihr durch die schließlich doch erfolglos gebliebene Bekämpfung des Krankenversicherungsgesetzes erwachsen sind.

Baltimore. Der durch die Gründung eines Tuberkuloseinstituts bekannte Philanthrop Henry Phipps in New York hatte die Summe von 4 Millionen Mark für den Bau und weitere Mittel für die Unterhaltung einer **psychiatrischen Klinik** in Baltimore gestiftet. Diese dem Johns Hopkins Hospital angegliederte Klinik ist vor kurzem eröffnet worden.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Charakter als Sanitätsrat: Dr. M. Metz in Brandenburg a. H., Dr. M. Meyer in Berlin, Dr. P. Mildenstein in Altona, Dr. F. Mose in Kiel, Dr. G. Nauwerck in Möckern, Dr. M. Petersen in Leck, Dr. W. Pielicke, Direktor des Sanatoriums der Heilstätten in Beelitz, Dr. F. Plessner in Wiesbaden, Dr. R. Pütter in Stralsund, Dr. K. Purrucker in Magdeburg, Dr. K. Schiele in Westeregeln, Dr. G. Schüler in Friedrichshagen, Dr. M. Spandow in Berlin, Dr. F. Speyer in Berlin-Schöneberg, Dr. R. Wedel in Neubarnim, Dr. H. Weidner in Frankfurt a. O., Dr. M. Weile in Breslau, Dr. F. Weinstock in Berlin, Dr. K. Westphal in Fordon, Dr. P. Wolfheim in Königsberg i. Pr.

Prädikat Professor: Privatdozent Dr. P. Fleischmann in Berlin.

Ernannt: Außerordentl. Prof. Dr. C. Kaiserling in Berlin zum ordentl. Professor in Königsberg, Privatdozent Prof. Dr. M. Westenhöffer in Berlin zum Abteilungsvorsteher am Pathologischen Institut der Universität daselbst.

Versetzt: Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung zu Oppeln Dr. Franz nach Lötzen, Kreisarzt Dr. Zelle von Lötzen nach Oppeln als ständiger Hilfsarbeiter bei der königl. Regierung daselbst.

Niedergelassen: Dr. H. Machwitz in Charlottenburg, Dr. H. Putzig in Berlin, M. Bache in Halberstadt, Dr. P. Ritter in Jerichow, H. Schink in Erxleben, Dr. C. Schneider in Gladbeck-Brauck, Stabsarzt Dr. O. Jancke in Königsberg i. Pr., F. Ph. Marquardt in Reetz, Dr. G. Aebert in Sommerfeld, Dr. E. Pelz, Dr. Hoensch, Dr. E. Dieckmann, Dr. E. Loewenstein und Dr. A. Guttmann in Breslau, F. Volnhals in Jannowitz, Dr. M. Melzer in Hirschberg, Aerztin Dr. J. Brinitzer geb. Kaplau in Altona, Dr. H. Martin in Lehrte, Dr. E. Lemminger in Lüneburg, Dr. M. Halle in Geestemünde, J. W. Haas in Waldfeucht, Kreis Heinsberg, Dr. J. Ch. Dorn in Ringingen.

Praxis hat aufgegeben: Dr. J. Finck in Berlin-Rosenthal, San.-Rat Dr. O. Proetzsch in Haßlinghausen, jetzt in Erbenheim, Landkr. Wiesbaden.

Verzogen: Dr. A. Reiche, Dr. H. Schmidt, Dr. J. Sprotte, Dr. H. Stettiner und Dr. S. Wagner von Berlin nach Charlottenburg, R. Boettger von Leipzig, Dr. G. Brotzen von Sommerfeld und Dr. E. Reuss von Gottesberg i. Schl. nach Berlin-Schöneberg, Oberstabsarzt a. D. Dr. G. A. Kirstein von Rastatt (Baden) nach Rosenthal, Dr. F. Bröcker von Düsseldorf nach Altenahr, Dr. A. Homburg von Hanau, Dr. G. Voss von München und Dr. E. Becker von Bonn nach Düsseldorf, J. Rocco von Halle a. S., E. Caro von Freising und L. Timphus von Dortmund nach Duisburg, Dr. A. Dorth von Gelsenkirchen nach Essen, P. Lindner von Bremerhaven nach Hamborn.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Aerztin E. Dinckelacker, Dr. E. Aronheim, Dr. B. Goldmann, Dr. K. Heuser und Dr. F. Theilhaber von Berlin, Dr. W. Mirauer von Charlottenburg, Dr. A. Blitz von Bad Oeynhausen, M. Rosenthal von Frankfurt a. O. und Dr. E. Cantor von Bunzlau auf Reisen, O. Deilmann von Dortmund, G. Hirschberg von Gelsenkirchen, W. Geulen von Bütgenbach (Kr. Malmedy).

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.





Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 15. Juni 1913 | No. 24

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 5,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 14. Juni 1913** **No. 24**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Zur gefl. Beachtung!

Unsere Abonnenten, welche die Zeitung direkt vom Verlage durch das K. Post-Zeitungsamt überwiesen erhalten, bitten wir im Interesse der regelmässigen Zustellung der Zeitung folgendes zu beachten.

Abbestellungen sind rechtzeitig, spätestens **bis zum 15. Juni, an den Verlag** zu richten. Spätere Abbestellungen können **nicht** mehr berücksichtigt werden, da die K. Post einbezahlte Gebühren **nicht** zurückbezahlt.

Adressänderungen sind stets **dem Verlage** zu melden, welcher **einmalige** Ueberweisungen pro Quartal **kostenfrei** besorgt. Für wiederholte Adressänderung im Quartale ist die Ueberweisungsgebühr (50 Pfg.) vom Abonnenten zu entrichten.

Reklamationen einzelner Nummern bitten wir stets im eigenen Interesse **bei der betreffenden Postanstalt** anzubringen, da auf diese Weise die Nachlieferungen bedeutend schneller erfolgen können, als durch den Verlag.

Wiederholte Unregelmässigkeiten bitten wir stets direkt dem Verlage mitzuteilen, welcher in solchen Fällen immer umgehend Abhilfe schaffen wird.

Zahlungen für Exemplare, welche vom Verleger der Post zur Beförderung übergeben werden, sind **stets direkt an den Verlag, nicht an die K. Post,** zu richten. Im Falle von einzelnen Abonnenten die Zahlung an die K. Post beabsichtigt wird, **ist dem Verlage vorher Mitteilung zu machen, da sonst doppelte Lieferung** entsteht.

Oscar Coblentz, Verlagsbuchhandlung
(Verlag der „Allgem. medizin. Central-Zeitung").

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Alte und neue Indikationen für die Ostsee.

Von

Dr. A. **Guthmann** (Binz a. R.).

Nicht nur die Klimatologie, auch jede andere Wissenschaft zerfällt in zwei voneinander grundverschiedene Teile. Der erste Teil handelt von dem, was wir wissen, der zweite Teil von unserer Unwissenheit, von den noch ungelösten Rätseln der Disziplin. Je nachdem wir die eine oder die andere Seite stolz oder bescheiden, optimistisch oder schwarzseherisch mehr betonen, können wir uns als sehr kluge Gelehrte oder als armselige Ignoranten hinstellen. Wenn selbst Ramsay, der Entdecker von fünf neuen Elementen, der Vertreter einer sehr exakten, glänzend vorgeschrittenen Wissenschaft, behauptet, daß wir vorerst nur Kinder seien, die am Meere des Wissens lustwandelten und gelegentlich nur einen bunten Stein vom Strande aufläsen, so kann es dem armen Klimatologen im Lichte dieser Auffassung recht schlecht ergehen; er würde es danach noch nicht einmal zum Kindesalter gebracht haben. In der Tat ist die Klimatologie noch keine so exakte Wissenschaft wie die Chemie. Es ist gerade das höchste Streben der Klimatologie, ihre Lehren erst durch die chemischen und physikalischen Gesetze gesichert zu sehen. Nur weil dies an sehr vielen Stellen noch nicht der Fall ist, muß der Klimatologe in seinen wissenschaftlichen Erörterungen oftmals das noch bescheidene Maß seiner Kenntnisse beklagen. „So unzweifelhaft klimatologische Erfolge erzielt werden, so wenig geklärt sind in dem Einzelfalle die Ursachen." Seit Rubner diese Worte schrieb, verfloß eine Reihe von Jahren, in der die Klimatologie mächtig gefördert wurde. Trotzdem konnte Zuntz in einer allgemeinen Betrachtung über die Physiologie der Klimawirkung auch noch 1912 mit Recht behaupten: „Wie uns die Entwicklung der gesamten Heilkunde lehrt, so sehen wir auch bei diesem Zweige derselben, daß die praktische Verwendung der theoretischen Begründung und Erklärung weit vorausgeeilt ist."

Man hat sich gerade in letzter Zeit bemüht, die Klimawirkung durch exakte physiologische Methoden auf experimentellem Wege möglichst zahlenmäßig festzustellen. Es wurde das Blut untersucht, der Blutdruck gemessen, die Atembewegung beobachtet, auch wurden genaue Stoffwechseluntersuchungen gemacht, um dem klima-

tischen Einfluß auf den Eiweißabbau, den Fettansatz, die Gewebsoxydation, den Wasserwechsel u. a. m. auf die Spur zu kommen. Es ergaben sich dabei einige bemerkenswerte Feststellungen, durch die nicht nur theoretische, sondern zum Teil auch praktische Vorteile erzielt wurden. Auf der einen Seite wurde des öfteren bewiesen, daß Besserungen, die wir seit langem durch das Seeklima erzielt sehen, auf wohlbegründeten physiologischen Ursachen beruhen; auf der anderen Seite führten die Untersuchungen auch zur Aufdeckung neuer Indikationen für den Seegebrauch, respektive zur Entkräftung irrtümlich angenommener Gegenanzeigen. Wir wissen nun, daß die Blutbildung an der See eine mikroskopisch und chemisch nachweisbare Besserung erfährt, was keinen besonders praktischen Vorteil involvierte, da uns die Kurgäste durch den äußeren Augenschein längst darüber belehrt haben. Aber wir erfuhren auch, daß der systolische Blutdruck an der See *nicht* ansteigt, wie man früher fälschlich glaubte, sondern daß er im Gegenteil *absinkt*. Daraus erhellt, daß das Seeklima, weit entfernt eine Kontraindikation für Herzleidende und Arteriosklerotiker abzugeben, ganz im Gegenteil in vielen Fällen als ein für solche Kranke gerade indiziertes Klima zu gelten hat. Leider sind die Resultate der Untersuchungen nicht immer eindeutig gewesen, und die Betrachtungen der Autoren, durch viele Seiten hindurchgesponnen, erfüllen nicht ganz die großen, ursprünglich erregten Hoffnungen, wenn sie in einen nur bescheidenen Schlußsatz ausklingen. So konnte durch die fleißigen Stoffwechseluntersuchungen von *Loewy*, *Müller*, *Cronheim*, *Bornstein* nur nachgewiesen werden, „daß eine qualitative, zurzeit noch nicht erklärbare Aenderung des Stoffwechsels unter dem Einfluß des Seeklimas und mehr noch der Seebäder zustande kommt". Mit solcher Erkenntnis kann man noch keine thalassotherapeutische Indikation begründen. Um dies zu tun, müssen wir vorderhand noch oft auf der *alten* Bahn der Logik wandeln, die wir in der Aera beschritten haben, da es noch keine physiologischen Klimauntersuchungen gab. Entweder führen wir die Indikationen an, einfach weil die *ärztliche Erfahrung* dafür spricht — das ist der simpelste Weg —, oder wir betrachten ein Klima als ein zusammengesetztes *physikalisches Heilmittel*, das wir in seine einzelnen Faktoren zerlegen. Jeder Faktor ist ein physikalisches Mittel sui generis, für das sich eine entsprechende Indikation ergeben muß. So wenden wir beispielsweise die Wüstenluft für Nephritiker an, weil sie warm und trocken ist, mit dünner Höhenluft behandeln wir Kranke, für die uns die Einatmung verdünnter Luft in der pneumatischen Kammer ersprießlich erscheint. Freilich ist das Klima ein aus mannigfaltigen Faktoren komponierter Begriff, und es kann wohl vorkommen, daß ein kontraindizierter Faktor die Benutzung des indizierten Faktors vereitelt. Wer in der letztgenannten Weise Indikationen für ein Klima aufstellen will, geht von rein *klimatologischen*, *meteorologischen* Gesichtspunkten aus und muß sein Hauptaugenmerk auf die Erkenntnis und Erforschung des Klimas richten. Auch in der Erforschung des Klimas gibt es neuzeitliche wichtige Entdeckungen von ungemein praktischem Wert für die Aufstellung der Indikationen. Wir werden im Folgenden die Indikationen für das Ostseeklima, je nachdem wir es benötigen, auf Grund der drei genannten Erkenntnisarten aufzubauen versuchen, auf Grund der *Erfahrung*, der *klimatophysiologischen Untersuchung*, der *wissenschaftlichen Klimatologie*. Ich brauche wohl kaum zu erwähnen, daß die beiden letzteren Erkenntnisarten für uns in eine einzige verschmelzen würden, wenn es uns gelänge, *sämtliche* Klimaeigenschaften im klimatophysiologischen Sinne, d. h. in ihrer physiologischen Einwirkung auf den menschlichen Organismus experimentell festzustellen. Wenn wir erst soweit gediehen sind, dürften wir auch auf die erste Bekenntnisart, die simple Erfahrung, verzichten.

Unter den seeklimatischen Faktoren treten im besonderen Grade diejenigen hervor, denen wir *erfahrungsgemäß* oder nach *wissenschaftlichem Beweise* eine hohe *physiologische* Wirksamkeit in bezug auf *Anregung* des Organismus zuschreiben. Die Seeklimate gelten uns im allgemeinen als anreizend, daneben enthalten sie aber auch Faktoren beruhigender Art. Gerade bei der Ostsee vermutet man auch das Vorhandensein eines machtvoll sedativen Einflusses und stellt demgemäß dafür oft im Gegensatz zu dem mehr irritierenden Nordseeklima die entsprechenden Indikationen auf. Aber wir haben es bei der Ostsee ganz in der Hand, die anreizend klimatische Wirkung bis zu einem Maximum zu verstärken oder bis zu einem mäßigeren Grade herabzudrücken. Es geschieht dies durch entsprechende Benutzung windiger oder stiller, schattiger oder sonniger, feuchter oder trockener Distrikte des Kurortes, ferner durch genaue Vorschriften hinsichtlich der Dauer des Aufenthaltes am Strande und im Walde, der Spaziergänge u. a. m., endlich durch die Zuhilfenahme von Kurmitteln, des kalten und warmen Seebades, der Luft- und Sonnenbäder.

Als anregende Faktoren betrachten wir die starke *Lichtfülle* und die *Beweglichkeit der Seeluft*. Es erscheint noch zweifelhaft, ob sich nicht unter den verschiedenen Schwingungen des Lichtäthers auch Modifikationen besänftigender Natur befinden. Wenn man sieht, mit welchem Behagen sich gelegentlich Menschen und Tiere sonnen, ohne daß ein besonderes Wärmebedürfnis vorliegt, wird man den Gedanken nicht ganz abwegig finden. Im übrigen ward bereits nachgewiesen, daß durch das Licht im Ruhestadium des Organismus keine Stoffwechselvermehrung erzielt wird. An der Ostsee können wir die Lichtwirkung ausschalten, wenn wir den Waldaufenthalt verordnen. Unzweifelhaft ist es, daß die Beweglichkeit der Seeluft durch Wärmeentziehung den Stoffwechsel, wahrscheinlich die intraorgane Oxydation verstärkt. Die Klimauntersuchungen von B. *Berliner* und F. *Müller* haben bewiesen, daß sich an der Ostsee die Luft hinter den Dünenwäldern im binnenländischen Sinne modifiziert. Wir haben es also an der Ostsee in unserer Gewalt, die Patienten den maritimen Faktoren zu entrücken. Die Untersuchungen haben festgestellt, daß hinsichtlich des Feuchtigkeitsgehaltes zwischen dem maritimen und terrestrischen Teil der Ostseeküste bemerkenswerte Unterschiede herrschen können. Der Feuchtigkeit der Seeluft wird im allgemeinen ein reizmildernder und besänftigender Einfluß zugeschrieben, wenigstens der feuchtwarmen Luft. Daneben spielt aber die Feuchtigkeit bei Nierenkranken in physiologischem Sinne eine ganz andersartige Rolle. An der Ostsee können wir den Faktor der Feuchtigkeit je nach Wind und Wetter, je nach der Individualität des Patienten und seiner Krankheit entschieden ausgiebig variieren. Die Reinheit der Luft ist an der Ostseeküste wie bei Seewinden auch bei Landwinden einwandfrei, weil die Landluft durch die Wälder filtriert ist. Auch die im binnenländischen Sinne modifizierte Luft jenseits des Dünenwaldes pflegt in den Ostseebädern bei der Verbreitung der Wälder zum mindesten noch eine reine Waldluft zu sein. Ostseebäder, bei denen das letztere infolge von Industrieanlagen oder Waldmangel nicht der Fall ist, würden nicht zu den *empfehlenswerten* Plätzen gehören.

Ein *sedatives Moment* gewährt in den *meisten* Fällen der *psychologische Faktor* des Seeklimas, der seelische Eindruck, den der Anblick des Meeres auf den Beschauer hervorbringt. Auf die mannigfachen, oft beschriebenen Empfindungen, die durch die Betrachtung des wechselvollen und in jedem Wechsel wunderbar schönen Elementes erweckt werden, will ich hier nicht eingehen. Nur eine Empfindung will ich erwähnen, die sich wohl instinktiv in jedes Herz einschleichen wird, wenn jemand Erholung oder Genesung am Rande des Meeres sucht. Die überwältigende Macht, die aus dem Ozean spricht, flößt *Vertrauen* ein zu seiner Stärke, *Vertrauen* auch zu den in ihm schlummernden Heilkräften, deren Lob man so oft preisen gehört hat.

Beginnen wir die *Anführung der Indikationen* für die Ostsee mit den Leiden, für die es de facto am meisten gebraucht wird, die eigentlich noch keine Leiden zu nennen sind. Die Empfehlung, die *Röchling* in diesem Sinne im allgemeinen der See spendet, möchte ich hier für die Ostsee im speziellen angewandt wissen. „Wo es auf allgemeine Kräftigung schwächlicher oder durch Berufsarbeit, Lebensweise, schlechte Luft und Ernährung, durch Krankheit, Blutverluste, Kummer und Gemütseindrücke geschwächter Konstitutionen ankommt, oder wo die Abhärtung eines schlaffen, anfälligen oder verweichlichten Körpers angestrebt wird." Die blutaufbessernde Wirkung macht das

Ostseeklima zu einem Heilmittel für Anämie und Chlorose; erfahrungsgemäß bewähren sich seine Faktoren bei Rachitis und Skrofulose. Mit Vorliebe schickt man die sogenannten erethischen Formen an die Ostsee, weil man den Reiz der Nordsee für sie zu stark erachtet. Zahlreiche funktionelle Nervenleiden auf neurasthenischer und hysterischer Basis werden an der Ostsee glänzend beeinflußt, auch die Basedowsche Krankheit. Allerdings gibt es Individuen, die im Gegensatz zu der großen Mehrzahl der Menschen eine direkte psychische Abneigung gegen die See haben. Sie leiden an Schlaflosigkeit, auch an Kopfschmerzen, ihr Stuhl gestaltet sich unregelmäßig. Leute, die an Seeidiosynkrasie leiden, erweisen sich für die thalassotherapeutische Behandlung absolut kontraindiziert.

Geeignet ist die Ostsee für leichte Arteriosklerotiker und Patienten mit kompensierten Herzfehlern. Wir hatten bereits darauf aufmerksam gemacht, daß der systolische Blutdruck an der See herabgesetzt wird. Bei der Ostsee erweisen sich in vielen Bädern, wie Binz u. a., die leicht ansteigenden und steileren Wege für die Ausführung methodischer Terrainkuren außerordentlich geeignet. Für die Krankheiten der Respirationsorgane zeigt sich die reine Luft als segensreich. Nicht nur die Nordsee, sondern auch die Ostsee hat sich bei der Heilung der Tuberkulose, bei der Lungenphthise und auch bei der Knochentuberkulose bewährt. Die relative Feuchtigkeit der Luft beträgt im Juli für die Nordsee etwas über 80 pCt., für die Ostsee 75 pCt. an der Küste, während sich nach dem Binnenlande zu die Luft der Ostsee verhältnismäßig trocken gestaltet. Die Ostsee eignet sich darum nicht nur für trockene, sondern auch für feuchte Bronchitiden. Der bei bronchialem Asthma erzielte Heilerfolg ist nicht einheitlich, so daß wir von Fall zu Fall die Erfahrung das entscheidende Wort sprechen lassen müssen. Die reine Seeluft zeigt sich auch von Wert für die Heilung von Mittelohreiterungen.

Wegen der stoffwechselsteigernden Wirkung bewährt sich Seeklima, oft verbunden mit Seebad, bei den Stoffwechselleiden, Fettsucht, Diabetes, Gicht. Nur muß man in diesen Fällen Plätze wählen, an denen der Patient nach vorgeschriebener Diät zu leben vermag. Die Frage der Diät in den Kurorten ist zurzeit aktuell. Die balneologische und diätetische Sektion des 4. Internationalen Kongresses für Physiotherapie erklärte es jüngst für notwendig, daß in Kurorten mehr als bisher für die Durchführung einer rationellen Krankendiät Sorge getragen würde. Für schwere Gicht ist das Ostseeklima kontraindiziert, da die stoffwechselanreizende Wirkung in solchen Fällen nicht ausreicht, die Verarbeitung der Harnsäure normal zu gestalten, während die hartnäckigen oder häufig wiederkehrenden Anfälle im Gegenteil befürchten lassen, daß der Stoffwechsel durch das Seeklima noch im nachteiligen Sinne beeinflußt würde.

Als ein ausgezeichnetes Kurmittel gilt mir die Ostsee, natürlich nur im Sommer, für subchronische und chronische Nephritiden. In diesem Sinne hatte Senator die Ostsee rein empirisch auf Grund seiner guten Erfahrungen empfohlen. Die erwähnten Untersuchungen von Berliner und Müller geben uns vielleicht nachträglich die Erklärung dafür, warum das Ostseeklima den Nephritikern oft so gut bekam, sie lehren uns aber gleichzeitig, wie wir die Nephritiker zukünftig mit Erfolg an der Ostsee behandeln können. Der durch Dünenwaldung gegen die Seeseite geschützte Teil der Ostseeküste bietet just die klimatischen Faktoren, die wir für das Wohl des Nephritikers als erwünscht einschätzen. Der Nephritiker soll darum nicht direkt an der See, sondern an dem bezeichneten binnenländischen Teil wohnen. Der Feuchtigkeitsgehalt ist hier ein mittlerer, teilweise so niedrig, daß er an die in der Wüste Unterägyptens vorliegenden Verhältnisse erinnert; Kairo wird in dieser Beziehung von der Ostsee an therapeutischem Wert übertroffen. Helouan hatte im Dezember 1912 eine mittlere Feuchtigkeit von 67 pCt.; die mittlere Feuchtigkeit des binnenländischen Ostseedistrikts im Sommer scheint mir nach den von den obengenannten Forschern sowie von Helwig ausgeführten Messungen noch unterhalb dieses Wertes zu liegen. Daß die Luft ausnahmsweise, z. B. an Regentagen, mit Feuchtigkeit gesättigt ist, will nichts gegen meine Ausführungen sagen, da solche abnorm hohe Feuchtigkeit auch in der Wüste gelegentlich vorkommt. Das Ostseeklima wird noch dadurch hygienisch besonders günstig gestaltet, daß im maritimen Sinne jähe Temperaturschwankungen fehlen, daß besonders die Temperaturunterschiede zwischen Tag und Nacht im Gegensatz zum Gebirgsklima nur gering sind. Dazu kommt schließlich noch der Umstand, daß der binnenländische Platz beim Seewind windgeschützt liegt, und daß bei Landwind dem Patienten Gelegenheit geboten ist, an der nunmehr stillen Küste in einer nicht übermäßig feuchten Atmosphäre kürzere oder längere Zeit seinen Aufenthalt zu nehmen. Die Kur wird durch Seebäder und durch leichte Steigübungen im Walde gelegentlich noch unterstützt; auch kann der Patient, bei dem sich die Brunnenkur als nützlich bewährt, ein verordnetes Mineralwasser trinken. Viele Patienten vertragen überhaupt kein Mineralwasser; seine Anwendung steht übrigens im Gegensatz zu der Heilmethode der trockenen, warmen Luft, die gerade durch Austrocknung des Körpers die Sekretion der Niere anzuregen sucht.

Rheumatismus ist nur insoweit für die Ostseekur indiziert, als er sich für eine abhärtende Behandlung nicht ungeeignet erweist.

Chronische Katarrhe von Blase und Urethra eignen sich vorzüglich für die Ostsee, da zu den stärkenden klimatischen Faktoren die heilende Wirkung des Bades tritt. Auch syphilitische Kuren lassen sich unter den besten Bedingungen an der Ostsee ausführen. Von den Hautleiden ist es in erster Reihe die Hautschwäche, die nach Nicolai an der See gebessert wird. Dieselbe beruht auf mangelhafter Zirkulation, ungenügender Reaktion der Hautnerven, Schlaffheit der Hautmuskeln und unregelmäßige Hautsekretion, die sich durch abnorme Trockenheit oder abnorme Schweißbildung dokumentiert. Es werden auch bei Tuberkuliden der Haut, chronischen Ekzemen, Prurigo, Psoriasis u. a., besonders bei Benutzung von Sand- und Sonnenbädern, Besserungen erzielt.

Für eine große Reihe von Frauenleiden ist die Seekur indiziert. Nach Gottschalk eignen sich für die Seebadekur besonders die Schleimhautkatarrhe des Genitaltraktus, die vielfach auf skrofulöser Basis beruhen, desgleichen gewisse Fälle von Atrophia uteri, Sterilität und Dysmenorrhoea, ebenso atonische Zustände des Beckenbindegewebes. Derselbe Autor empfiehlt die Seekur zur Kräftigung der von schweren Operationen Genesenen. „Auch als Nachkur nach abgelaufener gonorrhoischer Infektion sah ich von einer Seebadekur, speziell von der Ostsee, gutes.“ Die entzündlich exsudativen Prozesse am Genitaltraktus werden im subchronischen und chronischen Stadium erfolgreich mit warmen Seebädern an der Ostsee behandelt.

Bezüglich der Nachkur an der See verweise ich auf meinen jüngst erschienenen, das Thema speziell behandelnden Aufsatz (Allg. Med. Centralztg., 1912, No. 31.).

Als kontraindiziert für die Ostsee müssen schwere Magenkatarrhe gelten, da es bei ganz mangelhafter Verdauung infolge der zehrenden Wirkung des Seeklimas zu einem großen Defizit im Stoffwechselbudget kommen kann. Keuchhustenkranke Kinder gehören in windstille Klimata und nicht an die See. Die Zahl der für die Ostsee geltenden Gegenanzeigen kann natürlich im Lichte unserer Auffassung eine nur geringe sein, da wir eigentlich in dem terrestrischen Teil der Ostseeküste alle Arten von Krankheiten behandeln könnten, bei denen wir von der reinen Luft eines Landaufenthaltes Gesundung oder Besserung erwarten.

Zu einer Zeit, als wir über das Wesen der Seeklimata wissenschaftlich noch nicht ganz so aufgeklärt waren, wie heutzutage, schrieb Sir H. Weber: „An der Ostsee sind viele herrliche Orte. Sie sind sowohl in bezug auf ihren klinischen Charakter, als auch hinsichtlich ihrer Seebäder (geringerer Wellenschlag und Salzgehalt) weniger anregend und weniger tonisch, eignen sich aber besser für viele mehr schonungsbedürftige Individuen.“ Es ist in der Folgezeit von Röchling nachgewiesen, daß man nicht durchgängig von einem geringen Wellengang bei den Ostseebädern sprechen darf, sondern daß im Sommer die

Windbewegung im mittleren und östlichen Teil der Ostsee stärker ist, als auf den Nordseeinseln, wo allerdings die Flutbewegung in ungleich höherem Maße die Wasser erregt. Ferner erkannten wir, daß beim Seebade die kühle Wassertemperatur weit bedeutungsvoller ist, als der Salzgehalt. Der zweite Teil der Weberschen Behauptung, daß sich das Ostseeklima für schonungsbedürftige Kranke in besonderer Weise eignet, war damals bereits durch eine reiche ärztliche Erfahrung bewiesen und ist bis heute völlig zu Recht stehengeblieben. Glücklicherweise sind wir zurzeit in der Lage, für bestimmte Leiden unsere der Ostsee geltenden Indikationen auf wissenschaftlicher Basis aufbauen zu dürfen, statt uns eines so allgemeinen Ausdruckes, wie „schwach" oder „schonungsbedürftig" bedienen zu müssen.

Ueber Eisen-Bromocitin.

Von

Dr. med. **Nieveling** (Bad Lippspringe).

Der Wert des Broms bei der Behandlung nervöser Erkrankungen funktioneller und organischer Natur ist seit Jahrzehnten unbestritten. Zur Therapie zog man hauptsächlich die Bromkalien Bromnatrium, Bromkalium und Bromammonium heran, die sich bei ihrer prompten Wirkung jedoch durch mancherlei unangenehme Nebenerscheinungen auszeichnen, die man unter dem Sammelnamen Bromismus zusammenfaßt. Hauptsymptome des Bromismus sind Katarrhe der Schleimhäute und auch die sogenannte Bromakne, die beide jedenfalls auf eine Retention von Brom in den Geweben beruhen. Das Bild des Bromismus hat in großen Zügen etwas Aehnlichkeit mit dem bekannten Jodismus. Auch ist der sehr salzige Geschmack und der Widerwillen oft schuld, daß wir von der Verordnung der Bromalkalien absehen müssen. Bei der sonst ausgezeichneten Wirkung des zur Behandlung von Nervenkrankheiten allerlei Art sonst unentbehrlichen Broms ist es nicht wunderzunehmen, daß die rastlose chemische Industrie zahlreiche Ersatzpräparate auf den Markt gebracht hat und noch bringt, die einerseits angenehm zu nehmen sind, andererseits auch den Bromismus ausschließen. Diese Ersatzpräparate hier einzeln aufzuführen, würde zu weit führen, aber eins haben alle gemeinsam, daß die Bromwirkung nicht so rasch und intensiv auftritt wie bei der außerordentlich raschen Resorptionsfähigkeit der Bromalkalien. Deshalb sind die Ersatzpräparate auch besser zu chronischen Bromkuren, die ja bei der Art der nervösen Erkrankungen auch meist indiziert sind. Wo man einen raschen und sichtbaren Erfolg haben will und wo Nebenerscheinungen im Gegensatz zu dem raschen Heilerfolge nicht so sehr ins Gewicht fallen, sind die Bromalkalien immer noch vorzuziehen.

Bei der mächtigen Verbreitung, die das Lecithin, ein Abkömmling der Glyzerinphosphorsäure, hat, ist es naheliegend, dieses mächtige Neurotonicum mit dem Brom zu kombinieren. Ueber die Wirkung des Lecithins ist in den letzten Jahren eine große Literatur erschienen und erübrigt es sich, weil ich die pharmakologischen Eigenschaften des Lecithins als allgemein bekannt voraussetze, auf diese im einzelnen einzugehen. Kurz gesagt ist Lecithin eines der mächtigsten stoffwechselbefördernden Mittel, das in günstiger Weise den Zellstoffwechsel belebt und bei längerem Gebrauche das Allgemeinbefinden auf das günstigste beeinflußt. Auch hat man bei längerer Lecithindarreichung eine starke Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins beobachtet.

Aus den beiden genannten Körpern Brom und Lecithin bringt nun die Firma Dr. Max Haase & Co., G. m. b. H. in Berlin, einen neuen, nach dem Deutschen Reichspatent hergestellten Arzneikörper in den Handel, den sie Bromocitin genannt hat und der hauptsächlich in seinen Verbindungen mit Eisen und Arsen in die Therapie aufgenommen worden ist. Eisen-Bromocitin und Eisen-Bromocitin cum Arsen sind Tabletten, die je 0,006 g Brom und 0,0015 g Eisen in anorganischer Bindung und 0,0425 g Lecithin enthalten; das arsenhaltige Eisen-Bromocitin enthält außerdem pro Tablette noch 0,0002 g Acid. arsenicosum. Der Wert der Präparate liegt in der Kombination mehrerer in ihrer Wirkung wohlbekannten und allseitig geschätzten Medikamente. Nach meinen Erfahrungen sind sowohl Eisen-Bromocitin als auch Eisen-Bromocitin cum Arsen vollständig frei von unangenehmen Nebenerscheinungen. Deshalb sind sie zu langedauernden Kuren sehr geeignet. Beiden Präparaten ist eine in hohem Grade appetitanregende und allgemein roborierende Wirkung eigen, was wohl meist auf den Lecithingehalt zurückzuführen ist. Dieser Lecithingehalt bewirkt zweifelsohne, wie das von Bergell und Braunstein sowie von Karl Lewin für Bromlecithin experimentell festgestellt wurde, eine Verbesserung der Blutbeschaffenheit und günstige Beeinflussung der blutbildenden Organe. Und diese Wirkung wird zweifelsohne durch den Gehalt der Tabletten an Eisen und Arsen unterstützt.

Die Anwendungsmöglichkeit des Eisen-Bromocitins ist bei dem großen Heere nervöser Erkrankungen eine sehr große: überall da, wo man eine allgemein tonisierende und roborierende Wirkung auf den Organismus beabsichtigt. Ganz besonders sind die genannten Präparate bei dem milden Bromgehalt auch für die Kinderpraxis geeignet, wo man eine längere Brombehandlung für erforderlich hält. Ich habe nun in meiner Praxis im letzten halben Jahre eine größere Anzahl von Fällen nervöser Erkrankungen mit Eisen-Bromocitin mit bestem Erfolge behandelt. Es würde zu weit führen, wollte ich hier alle Krankengeschichten einzeln aufführen. Ich will mich deshalb darauf beschränken, nur auf vier für die Behandlung mit Eisen-Bromocitin und Eisen-Bromocitin cum Arsen ganz besonders charakteristische Fälle näher einzugehen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Chorea bei einem 15 jährigen Mädchen. Bei dem anfänglich die Krankheit begleitenden Gelenkrheumatismus gebrauchte ich mit bestem Erfolge Hydropyrin-Grifa; nachdem der Gelenkrheumatismus abgelaufen war, ließ ich 3 mal täglich 4 Tabletten Eisen-Bromocitin cum Arsen einnehmen und hatte nach mehrwöchiger Behandlung unter stetem Nachlassen der nervösen Symptome den gewünschten Erfolg.

Zwei Patientinnen von 18—26 Jahren zeigten neben Lungentuberkulose, weshalb sie hier zur Kur waren, eine große Reihe hysterischer Symptome, die sich auch auf psychischem Gebiete bewegten. Auch bei diesen, die 3 mal täglich 5 Tabletten Eisen-Bromocitin cum Arsen nahmen, hatte ich nach dreimonatiger Behandlung einen denkbar guten Erfolg. Eine vierte Patientin ist 16 Jahre alt und bekam im Anschluß an die Menses schwere in tonisch-klonischen Krämpfen bestehende, mit unheimlicher Pünktlichkeit (nachmittags gegen 5 Uhr) eintretende hysterische Anfälle, die auch das Atmungszentrum angriffen. Neben psychischer Behandlung, prolongierten warmen Bädern ließ ich anfangs Bromalkalien nehmen, erzielte mittels derselben neben allgemeiner Beruhigung starken Bromismus, der sich durch unstillbaren Schnupfen und starken Bronchialkatarrh auszeichnete, so daß die Eltern schon an ein Lungenleiden dachten. Deshalb ließ ich von den Bromalkalien ab und ging zur Eisen-Bromocitin cum Arsen-Therapie über, worunter gleich der Bromismus aufhörte. Nach wochenlanger Behandlung nahm zunächst die allgemeine Unruhe ab, dann wurden die Krampfanfälle immer seltener und milder, das stark herabgesetzte Allgemeinbefinden hob sich. Das Mädchen steht jetzt noch in Behandlung, bekam zwar alle acht Tage noch einen leichten Anfall, fühlt sich im übrigen aber wohl. Die Prognose ist in diesem Falle durchaus günstig. Ich lasse die angegebene Medikation noch einige Monate hindurch fortsetzen.

Ich kann daher diese sehr wirksame Eisen-Brom-Lecithin-Medikation nach meinen bisherigen Erfahrungen zu längeren Bromkuren bestens empfehlen. Zur Erzielung eines möglichst raschen Erfolges sind nach allem Gesagten die bekannten Bromalkalien nicht zu entbehren, da bei allen Ersatzmitteln die Wirkung entsprechend langsamer eintreten muß. Deshalb kann man bei stürmisch einsetzenden nervösen Erkrankungen zunächst die Bromalkalien gebrauchen und dann nach Abklingen der stürmischen Symptome allmählich zu Eisen-Bromocitin resp. Eisen-Bromocitin cum Arsen übergehen.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Dr. **P. A. Hoefer** (Berlin): **Die Tollwut [Lyssa].** (Die Therapie der Gegenwart, April 1913.)

Durch die Verhängung der Hundesperre im Stadtbezirke Berlin anläßlich eines Falles von Hundetollwut ist die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese Krankheit gelenkt worden, die bei uns, besonders in Mitteldeutschland, so selten ist, daß sie vielen Aerzten gewiß nur dem Namen nach bekannt ist. Verf., welcher längere Zeit die staatliche Wutschutzstation in Berlin geleitet hat, stellt deshalb in vorliegender Arbeit die hauptsächlichsten Daten über die Lyssa zusammen. Der Erreger der Lyssa ist bis heute noch unbekannt. Alle inneren Mittel sind nutzlos gegen die Krankheit; auch lokale Behandlung, wie Ausbrennen oder Aetzen mit rauchender Salpetersäure, geben bei ausgedehnten Verletzungen keine Sicherheit, daß das Virus wirklich abgetötet ist. Zur Verminderung der Infektionsgefahr bestimmt das Deutsche Reichs-Viehseuchen-Gesetz, daß alle verdächtigen Fälle bei Haustieren vom Besitzer oder Tierarzt sofort polizeilich gemeldet und die Tiere, auch die von ihnen etwa gebissenen Tiere, sicher eingesperrt werden müssen. Bestätigt der Krankheitsverlauf den Verdacht, so werden alle gebissenen Tiere sofort getötet und ihre Kadaver sicher beseitigt. In dem gefährdeten Bezirke muß sofort die Hundesperre verhängt werden. Seit der Durchführung dieser Bestimmungen, die durch Hundesteuer und Maulkorbzwang unterstützt werden, ist bei uns die Zahl der Tollwutfälle unter den Hunden bedeutend zurückgegangen. Das Schutzimpfverfahren gegen Tollwut ist durch Pasteur begründet worden. Es kann durch nichts ersetzt werden. Die segensreiche Wirkung der Pasteurschen Behandlungsmethode ergibt sich aus folgenden statistischen Angaben: In den Jahren 1902—1907 wurden bei uns 1700 Personen von sicher tollwütigen Tieren gebissen, von denen sich 1586 = 93,3 pCt. der Schutzimpfung unterzogen. Von der Gesamtzahl der Gebissenen starben an Wut 40 Personen, und zwar 18 Ungeimpfte und 22 Geimpfte, das heißt 15,8 pCt. von den Ungeimpften und 1,38 pCt. von den Geimpften. Von letzteren erkrankten vier bereits, ehe die Schutzimpfung bis zu Ende durchgeführt werden konnte, und weitere drei, bevor die volle Immunität erreicht war. Nach Abzug dieser Todesfälle ergibt sich eine Mortalität von 0,94 pCt. gegenüber einer Mortalität von 15,8 pCt. bei Ungeimpften. In anderen Zusammenstellungen, die auch nur Bißverletzungen durch nachweislich tollwütige Tiere berücksichtigen, wird die Mortalität bei Unbehandelten sogar auf 40—50 pCt. berechnet. Einen sicheren Erfolg verbürgt aber auch die rechtzeitig ausgeführte Schutzimpfung nicht in allen Fällen. Mehrfach hat man beobachtet, daß die Lyssa dann sehr spät zum Ausbruch kam, und man erklärt sich dies so, daß hier das Virus mit der Zeit das Uebergewicht über die gebildeten Schutzstoffe gewann. Besonders schwer verletzte Patienten werden deshalb noch einer zweiten Impfung unterzogen, die einen Monat nach Abschluß der ersten Impfung beginnt. Todesfälle nach zweimal durchgeführter Immunisierung sind bisher noch nicht beobachtet worden.

Kr.

Privatdozent Dr. **Bacmeister** (Freiburg i. Br.) und Dr. **Henes** (New York): **Untersuchungen über den Cholesteringehalt des menschlichen Blutes bei verschiedenen inneren Erkrankungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Die Verfasser haben in der Freiburger medizinischen Klinik bei über 100 Fällen der verschiedensten Krankheitszustände den Cholesteringehalt des Blutes geprüft. In 9 Fällen fanden sich bei gesunden Menschen Werte zwischen 1,10 und 1,80 g pro 1000 ccm, im Durchschnitt 1,48 g. Das Serum enthält etwa 55 pCt., die roten Blutkörperchen 45 pCt. des Gesamtcholesterins. Es ergab sich ferner, daß cholesterinarme Diät, höheres Alter, Abzehrung, schlechter Allgemeinzustand und vor allem Temperaturerhöhung vermindernd auf den Cholesteringehalt des Blutes wirken. Bei cholesterinreicher Kost, bei allen schweren Stoffwechselstörungen, Diabetes, Fettsucht, bei chronischer Nephritis, Atherosklerose fand sich ausgesprochene Vermehrung des Cholesteringehaltes des Blutes. — Beim Typhus setzt mit Beginn der Rekonvaleszenz eine Hypercholesterinämie ein, welche Wochen hindurch dauern kann. Wie die Verf. betonen, stehen wir noch ganz im Beginn unserer Kenntnisse über die Verbreitung und die Bedeutung des Cholesterins im menschlichen Organismus. Ehe die Bedeutung des Cholesterinstoffwechsels im normalen und kranken Organismus nicht erkannt ist, sind alle therapeutischen Versuche mit Cholesterin verfrüht, ein Arbeiten im Dunkeln.

Sanitätsrat Dr. **A. Fauser** (Stuttgart): **Zur Frage des Vorhandenseins spezifischer Schutzfermente im Serum von Geisteskranken.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Verf. hat seit einer Reihe von Monaten den Versuch unternommen, die Untersuchungen von Abderhalden bezüglich des Vorkommens von Schutzfermenten im Serum auf Psychosen auszudehnen. Er verfügt jetzt über ein Material von mehr als 100 Fällen, welche er mittels der von Abderhalden ausgearbeiteten Methode serologisch untersucht hat. Er ist dabei zu folgenden Ergebnissen gelangt: Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aus der Dementia praecox-Gruppe fand sich sowohl ein Schutzferment gegen Geschlechtsdrüsen — und zwar bei Männern nur gegen Testikel, niemals gegen Ovarien, bei Frauen nur gegen Ovarien, niemals gegen Testikel — als auch gegen Hirnrinde. Bei mehreren Schilddrüsenkranken fand sich ein Schutzferment gegen Schilddrüse und Hirnrinde. Bei der Paralyse fand sich regelmäßig ein Schutzferment gegen Hirnrinde, bisweilen auch gegen Niere. Bei manisch-depressivem Irresein und überhaupt bei den sogen. rein funktionellen Psychosen fand Verf. bisher niemals ein Schutzferment gegen irgend ein Organ.

R. L.

Chirurgie.

Hofrat Dr. **Decker** (München): **Ueber gutartige Polypen des Mastdarmes und des S romanum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Die Aetiologie der Darmblutungen wird durch die Rektoskopie in vielen Fällen, die früher der Diagnose nicht zugänglich waren, aufgeklärt. Wo man früher einfach Hämorrhoidalblutungen annahm, zeigt das Rektoskop heute als Quelle der Blutung andere pathologische Veränderungen der Mastdarmschleimhaut, speziell Polypen. Die gutartigen Polypen des Rektums treten entweder als Solitärpolypen oder als multiple Polypen auf. Im allgemeinen sitzen sie der Schleimhaut gestielt, selten mit breiter Basis auf. Außer der Blutung und hin und wieder auftretenden oft starken Schleimabsonderungen (letzteres, wenn die Polypen ihren Sitz im unteren Darmabschnitt haben), machen dieselben oft Jahre hindurch keine erheblichen Beschwerden, falls nicht die Blutung abundant ist. Für die Behandlung kommt nur die Abtragung unter Leitung des Rektoskops in Betracht. Die Gefahr der Nachblutung hierbei ist nicht groß, wenigstens sah Verf. in 10 so behandelten Fällen solche niemals. Die Abtragung kann entweder mit der kalten Schlinge oder mittels des Paquelin geschehen. Die Abtragung mittels der kalten Schlinge empfiehlt sich nach Verf. besonders bei gestielten Polypen der Ampulla recti; eine evtl. eintretende Nachblutung wäre dann leicht durch Kompression oder Tamponade zu stillen. Für Polypen der Flexura sigmoidea zieht Verf. dagegen den Paquelin vor. Damit das Gesichtsfeld im Rektoskop dabei möglichst frei bleibt, ließ Verf. sich hierfür einen an seinem oberen Ende schmalen Paquelin anfertigen. Eine Schwierigkeit besteht noch in der im Augenblick des Brennens hervorgerufenen Rauchentwicklung, welche das Sehen stören kann. Durch einen vom Assistenten in das Rektoskop eingeführten, an einer Spritze befestigten dünnen Gummischlauch läßt sich der Rauch sehr leicht aspirieren und so auch diese Störung beseitigen. Sind die Polypen etwa erbsengroß, so faßt man sie mit einer langen, spitzen Hakensonde, zieht sie fest an und brennt den Stiel ab. Bei größeren Polypen nimmt Verf. erst tiefe Stichelungen mit dem spitzen Thermokauter vor, bringt dadurch den Polypen zur Verödung und brennt dann erst am Stiel ab. Mit einem langen Pulverbläser wird dann auf die kauterisierte Stelle Dermatol dick gestreut. Einige Tage vor Beginn der Behandlung ist der Darm gründlich zu entleeren und einige Tage nachher soll der Patient nur flüssige Kost nehmen. Eine Anästhesierung ist bei dem Eingriff nicht nötig; die Patienten haben keine eigentlichen Schmerzen beim Brennen, sondern nur ein Wärmegefühl im Darm. Die Abtragung der Polypen ist indiziert einmal wegen der oft starken Blutungen, ferner, weil die Polypen erfahrungsgemäß carcinomatös entarten können.

Dr. **Ernst Unger** (Berlin): **Ueber totale Entfernung des Magens.** (Deutsche med. Wochenschrfit, 1913, No. 11.)

Eine totale Magenexstirpation ist bisher nur ganz selten gelungen. Es wurde zwar eine Reihe von Fällen publiziert, doch handelt es sich, wie Verf. betont, in den meisten Fällen nur um ausgedehnte Resektionen des Magens von der Kardia bis zum Pylorus; es blieben Teile der Magenschleimhaut am Fundus und an der Einmündung der Speiseröhre erhalten. Verfasser ist in der Lage, über einen Fall zu berichten, der wohl eine totale Magenexstirpation darstellt. Es handelt sich um eine 42 jährige Frau, welche seit 4 Jahren an Magenbeschwerden litt und bei der schließlich eine ausgedehnte Geschwulst des Magens nachweisbar wurde. Bei der Operation fand sich die ganze Magenwand dicht vom Pylorus bis hoch hinauf in die Kardia von Tumormassen durchsetzt. Es gelang nach Durchtrennung sämtlicher Verbindungen zum Netz und Unterbindung sämtlicher Gefäße den Magen zunächst am Pylorus und dann, nachdem der Oesophagus mobilisiert und um 2—3 cm herabgezogen war, vom Oesophagus mit Durchschneidung beider Vagi zu durchtrennen. Da das Duodenum sich gut mobilisieren und hinaufziehen ließ, so gelang die Vereinigung von Oesophagus und Duodenum durch Naht. Aus alten Adhäsionen wurde eine Manschette gebildet und als Dichtungsrohr um die

Naht gelegt und vernäht. Die Heilung war durch einen hoch hinaufgehenden Bauchdeckenabsceß gestört. Die Patientin kann jetzt jegliche Nahrung ohne Beschwerde zu sich nehmen; bisweilen aber hat sie das Gefühl, als wenn der verschluckte Bissen nicht glatt hinuntergleitet. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Magentumors ergab die Diagnose: Adenocarcinom. 4 Wochen nach der Operation wurde der Harn der Patientin auf Pepsin und Lab untersucht, mit negativem Ergebnis. Daraus ist nach Verf. zu schließen, daß keine sezernierende Magenschleimhaut mehr vorhanden ist. — Verf. bespricht im Anschluß an diesen Fall die experimentellen Versuche der totalen Gastrektomie an Hunden, womit er selbst sich auch viel beschäftigt hat. Fast ebenso schlecht wie beim Menschen sind bis jetzt die Tierexperimente ausgefallen. Wir wissen nicht, ob die totale Entfernung des Magens von Tieren auf die Dauer ertragen wird. Für den Menschen existiert eine einwandfreie Beobachtung von Moynihan, bei welcher der Kranke, ein 43 jähriger Mann, die Operation 3 Jahre 8 Monate überlebt hat. Er war 2½ Jahre nach der Operation vollkommen arbeitsfähig, konnte gewöhnliche Nahrung zu sich nehmen, aber nur langsam. Er erlag einer allmählich zunehmenden Anämie; ein Rezidiv des Carcinoms war nicht eingetreten. R. L.

Gynäkologie und Tokologie.

Privatdozent Dr. **Ernst Engelhorn** (Erlangen): **Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Wie Abderhalden gefunden hat, enthält das Serum Schwangerer, und nur dieser, Fermente, welche Plazentareiweiß abzubauen vermögen. Verf. prüfte die Angaben von Abderhalden an einem Material von 108 Fällen (schwangeren und nichtschwangeren Frauen mit verschiedenen Krankheiten) nach; abweichend von Abderhalden erhielt er keine eindeutigen Resultate. Er kommt zu dem Ergebnis: Das Abderhaldensche Dialysierverfahren gibt keine spezifische Reaktion, man ist deshalb nicht berechtigt, nach dem Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion die Diagnose auf Schwangerschaft oder Nichtschwangerschaft zu stellen. (Ob Verf. alle Fehlerquellen genügend beachtet hat? Ref.) R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Prof. **H. Leo** (Bonn): **Ueber die Wirkung gesättigter wässeriger Kampferlösung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 13.)

Wegen der schweren Löslichkeit des Kampfers in Wasser wird er gewöhnlich subkutan in Form des Kampferöls angewendet. Es handelt sich dabei um eine Depotwirkung. Durch die Körpersäfte wird dem im Unterhautzellgewebe deponierten Oel allmählich der Kampfer in wässeriger Lösung entnommen und dem Blut zugeführt. Die Konzentration des Kampfers im Blut kann dabei nur äußerst niedrig sein; wahrscheinlich wird der Kampfer dabei sehr unvollständig ausgenutzt. Verf. stellte sich darum die Aufgabe, den Kampfer in wässeriger Lösung der therapeutischen Verwertung zugänglich zu machen. Zunächst handelte es sich darum, eine gesättigte wässerige Kampferlösung herzustellen. In der Literatur fanden sich dafür nicht genügende Anhaltspunkte. Da man durch Kochen des Kampfers mit Wasser eine wirklich gesättigte Lösung nicht erhält, so stellte Verf. die Lösung dar durch mehrtägiges Schütteln des feingepulverten Kampfers im rotierenden Schüttelapparat, und zwar mit Ringerlösung. Die Konzentration dieser bei 15° gesättigten Kampferlösung wurde auf 1:490 oder in runder Zahl 1:500 bestimmt. (Früher wurde 1:1000 bis 1:1200 angegeben.) Beim Erwärmen auf 40° (in einem verschlossenen Gefäß) trübt sich die Lösung unter Abscheidung eines leichten Gerinnsels. Kampfer ist also in der Kälte stärker wasserlöslich als in der Wärme. Erwärmt man in einem offenen Gefäß, so kommt es nicht zur Trübung, weil ein Teil des Kampfers sich schon beim Erwärmen auf Körpertemperatur verflüchtigt. Verf. stellte nun Tierversuche mit dieser wässeriger Kampferlösung an. Von der subkutanen Injektion wurde wegen ihrer schwachen Wirkung bald Abstand genommen und zur intravenösen Injektion übergegangen. Kaninchen wurde die Kampferlösung entweder in die Ohrvene oder in die freipräparierte Vena jugularis injiziert. Nach der Injektion von etwa 0,02 g Kampfer (10 ccm der Lösung) pro Kilogramm Tier traten sofort klonische Krämpfe ein, die etwa 1 Minute dauerten. Bei subkutaner Darreichung von Ol. camphorat. ist hierzu 1 g Kampfer pro Kilogramm Tier erforderlich und die Wirkung tritt erst nach ¼—½ Stunde, und nicht einmal immer auf. Die wässerige Kampferlösung wirkt also 50 mal stärker bei intravenöser Zufuhr. Die erregende Wirkung auf die Großhirnrinde ließ sich ferner sehr deutlich an mit Medinal narkotisierten Tieren feststellen. Sehr stark erwies sich auch die Wirkung der intravenösen Injektion wässeriger Kampferlösung auf das Atemzentrum. Sie übertrifft bei weitem die Wirkung sehr viel höherer Kampferdosen bei der subkutanen Kampferölinjektion. Das zeigt sich schon beim normalen Tier durch Steigerung der Atemgröße, noch deutlicher aber nach vorheriger Lähmung des Atemzentrums durch Morphin. Auch der Blutdruck bei künstlich durch akute Phosphorvergiftung geschwächten Herzen wurde deutlich durch wässerige Kampferlösung gesteigert. Schließlich stellte Verf. noch Versuche an, um die Wirkung wässeriger Kampferlösung bei der künstlichen Pneumokokkeninfektion der Kaninchen zu studieren. Die Versuche, die noch fortgesetzt werden, fielen ermutigend aus. Vor der praktischen Anwendung der intravenösen Injektion des Kampferwassers beim Menschen muß die Giftgrenze festgestellt werden. 10 ccm pro Kilogramm Tier rufen ausgesprochene allgemeine Krämpfe hervor; bei 5 ccm fehlen sie in der Regel, doch traten Zuckungen der Gesichtsmuskeln nach dieser Dosis meist noch auf. Beim Menschen wird man jedenfalls erheblich geringere Mengen pro Kilogramm anwenden müssen.

Dr. **Ludwig Seeligmann** (Hamburg): **Ueber ein erfolgreiches Heilverfahren bei einem Sarkom (Rezidiv) des Eierstocks, das die Wirbelsäule ergriffen hatte.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verf. entfernte im August 1911 bei einem 24 jährigen Mädchen durch Laparotomie einen 10 pfündigen, intraligamentär entwickelten, soliden Ovarialtumor, der sich als Spindelzellensarkom des rechten Ovariums erwies. Nach 9 Monaten wurde ein beginnendes Rezidiv des Tumors auf der gleichen Seite konstatiert. Die Patientin entzog sich zunächst der weiteren Beobachtung und erschien erst 6 Monate später wieder. Das Abdomen war wieder ad maximum ausgedehnt; es fand sich ein Tumor, der von dem kleinen Becken bis in die Zwerchfellkuppe reichte. Am Rücken, in der Höhe des 12. Brustwirbels und 1. Lendenwirbels, hatte sich ein kleiner Gibbus entwickelt. Verf. machte auf Bitten der Mutter der Kranken noch einmal die Laparotomie; es stellte sich dabei heraus, daß die große Geschwulst sich gänzlich retroperitoneal, von den Lymphdrüsen des kleinen Beckens ausgehend und bis zur Höhe des 12. Brustwirbels reichend, entwickelt hatte. Von einer operativen Entfernung konnte keine Rede mehr sein. Nachdem die Patientin sich einigermaßen von dem Eingriff erholt hatte, beschloß Verf., um nichts unversucht zu lassen, Arsacetin (0,1) intravenös zu injizieren. Nach der ersten Injektion besserte sich das Allgemeinbefinden weiter, und nun wurde mit dieser Injektionskur eine Röntgenbestrahlung des Tumors verbunden. Die Bestrahlungen wurden in 2 Serien, zunächst 3 Wochen hindurch (Gesamtdosis 55 X), und nach 2 Wochen Pause noch einmal 14 Tage (Gesamtdosis 66 X) von 10 verschiedenen Hautstellen aus gemacht. Die Arsacetininjektionen wurden zunächst 4 mal à 0,1 (1 mal in der Woche) gemacht, dann nach einer Pause von 4 Wochen wurde noch einmal eine Dosis gegeben. Der Erfolg dieser kombinierten Behandlung war frappant. Der Tumor wurde immer kleiner, das Allgemeinbefinden besserte sich, die Patientin konnte nach 5 Wochen das Bett verlassen. Eine Röntgenaufnahme ergab, daß der metastatische Prozeß in der Wirbelsäule den 12. Brustwirbel und 1. Lendenwirbel betraf. Auch dieser Prozeß scheint der Ausheilung entgegenzugehen; die Schmerzen in der Wirbelsäule sind verschwunden, namentlich, seitdem die Patientin ein Gipssorsett bekommen hat. 8 Wochen nach Beginn der Behandlung ist von dem Tumor nichts mehr zu fühlen; der Gang ist aufrecht. R. L.

Dr. med. **Georg Katz**, Assistenzarzt der Privat-Frauenklinik von Prof. Dr. A. Pinkuss zu Berlin: **Zur Behandlung des Ausflusses der Frau.** (Berl. klin. Wochenschr., 1913, No. 17.)

Die Arbeiten Nassauers und anderer Autoren haben die Ausflußtherapie in eine neue Bahn gelenkt, in die der Trockenbehandlung. Sie haben die alte Spülungsbehandlung als unzweckmäßig, ja schädlich, aus der Therapie verwiesen. Verfasser kann diese einseitige Richtung nicht billigen und meint, der richtige Weg der Behandlung liegt in der Mitte. Er geht dabei so vor, daß er erst Spülungen mit leicht desinfizierenden oder adstringierenden Mitteln verordnet, und öfter hat er dabei einen eklatanten Erfolg gesehen. Erst da, wo er mit der Spülung nicht auskommt, geht er zur Pulverbehandlung über, allein oder so, daß er abwechselnd trocken und feucht behandelt. Als bestes Mittel der Trockenbehandlung hat sich die Bolus alba, die weiße Tonerde, bewährt. In neuerer Zeit eröffnete sich durch die Herstellung des Lenicets (polymerisierte essigsaure Tonerde) eine neue Anwendungsmöglichkeit der Bolus in Verbindung mit Lenicet. Nassauer, Liepmann und Wille bedienten sich des 2 proz. Lenicet-Bolus mit gutem Erfolge, zumal das Präparat seines billigen Preises wegen auch für ärmere Patientinnen in Betracht kommt.

Neuerdngs sind nun zur Vervollkommnung der Bolustherapie eine neue Reihe von Präparaten hergestellt (Rheumasan- und Lenicet-Fabrik Dr. R. Reiss, Charlottenburg), die außer der Bolus und Lenicet noch Sauerstoff, Argentum und Jod enthalten. Es sind dies: 1. Lenicet-Bolus mit Peroxyd 5 pCt.; 2. Lenicet-Bolus mit Silber 0,5 pCt.; 3. Lenicet-Bolus mit Jod 1 pCt.

Lenicet-Bolus mit Peroxyd enthält 5 pCt. Peroxyd, 20 pCt.

Lenicet und 75 pCt. sterilisierte Bolus. Lenicet-Bolus mit Silber enthält statt des Perborats ein zusammen mit Lenicet gefälltes basisches Silberacetat. Auf metallisches Silber berechnet enthält Lenicet-Bolus mit Silber ½ pCt. Metallsilber.

Verf. hat bei seinem reichlichen poliklinischen und klinischen Material die beiden ersteren Präparate in ausgedehntem Maße verwandt bei jeder Form von Ausfluß, ob infektiös, ob nicht infektiös, bei Erosionen, Cervix- und Scheidenkatarrhen.

Als besonders glücklich kann der Gedanke betrachtet werden, dem die Präparate 1 und 2, die Verf. ausschließlich verwandte, ihre Entstehung verdanken. Die Bolus absorbiert die Bakterien und legt die Schleimhäute trocken, der Sauerstoff desinfiziert und das wegen seiner Schwerlöslichkeit lang vorhaltende Lenicet wirkt mild adstringierend und hemmt gleichzeitig die unerwünschte auflockernde Sauerstoffnebenwirkung. Beim Lenicet-Bolus mit Silber tritt an die Stelle der Sauerstoffwirkung die oberflächlich ätzende des Argentums. Verf. verfolgte bei der Therapie des Ausflusses, welcher der bloßen Spülbehandlung nicht wich, wie gesagt, zumeist die abwechselnde Methode, Spülung und Trockenbehandlung, und ging folgendermaßen vor: Er vergewissert sich erst, woher der Ausfluß stammt, ob aus der Scheide allein, oder der Cervix bezw. dem Corpus uteri (Gonokokkenbefund usw.).

Nachdem in einem Milchglasspekulum Portio und Scheide durch Wattetupfer vom Sekret befreit sind, wird direkt aus der Lenicetsauerstoff- bezw. Argentumbüchse das Pulver in das Spekulum in der Menge von etwa 2 bis 3 Teelöffeln, je nach der Weite der Scheide, geschüttet. Die mit frischer Watte armierte Pinzette verteilt nun das Pulver gut um den äußeren Muttermund herum, so daß er von Pulver völlig umgeben ist und nach der Scheide zu einen Abschluß bildet, damit das aus der Cervix fließende Sekret in diesen Pulverwall hineinsickert und sofort fixiert und absorbiert wird. Auf diese Weise wird das etwa infektiöse Sekret auf dem Wege zur Scheide aufgefangen und kann in der Scheide keine neue Entzündung hervorrufen bezw. die alte nicht weiter auf der Höhe bleiben. Nach diesem ersten Akt der Umwallung der Portio vaginalis mit Lenicet-Bolussauerstoff wird das Milchglasspekulum zentimeterweise herausgezogen und mit der Wattepinzette in alle Nischen der Scheide das auftrocknende Pulver gebracht. Ein trockener Tampon fixiert zum Schluß das Pulver in der Vagina. Verf. läßt das Pulver bis zum nächsten Tag in der Scheide wirken und dann die Patientinnen nach 24 Stunden den Tampon herausziehen und unter schwachem Druck eine lauwarme Spülung mit Kamillentee machen oder einem anderen indifferenten Mittel, und bestellt sie dann am überfolgenden Tage der ersten Behandlung wieder zu sich, wo er wieder, wie vorher, die geschilderte Einpulverung des Vaginalrohrs vornimmt. Nach abermals 24 Stunden machen die Patientinnen zu Hause wieder nur eine lauwarme Kamillenteespülung. Die Spülung hat nur den Zweck, das mit Sekret imbibierte verbackene Pulver mechanisch zu entfernen und alte, abgestoßene Epithelien wegzuschwemmen.

Verf. hat mit Lenicet-Bolus-Sauerstoff und Lenicet-Bolus-Argentum Frauen mit folgenden Erkrankungen behandelt: akute und chronische Gonorrhoe, Erosionen gonorrhoischen und nichtgonorrhoischen Ursprungs, Cervixkatarrhe, alle Formen von Colpitis und Vulvitis. Dabei hat er sehr gute Erfolge (auch Dauererfolge) erzielt.

Dr. **Junker**, dirig. Arzt der Lungenheilstätte Kolkwitz bei Cottbus: **Mesbé bei Lungentuberkulose**. (Die Therapie der Gegenwart, April 1913.)

Verf. hat an 12 Kranken Versuche mit Mesbé angestellt, Ein günstiger oder gar spezifischer Einfluß auf Lungen- und Kehlkopftuberkulose kommt dem Mittel nach Verfassers Erfahrungen nicht zu. Die Ansprüche, die es in dieser Hinsicht erhebt, und die weitgehenden Versprechungen in den Prospekten müssen nach Verf. im Interesse der Kranken entschieden zurückgewiesen werden. Möglicherweise hat es eine gewisse symptomatische Einwirkung auf Reizzustände der oberen Luftwege, die aber nicht die unserer seither bekannten Mittel übertrifft. Kr.

Dr. **P. Werner** und Dr. **J. v. Zubrzycki** (Wien): **Ueber die Beeinflussung der Opsonie durch Elektrargol.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Die Untersuchungen französischer Autoren haben ergeben, daß Kolloidmetalle die opsonische Kraft des Serums gegen verschiedene Bakterien beeinflussen. Die Verfasser stellten speziell am Elektrargol Versuche an, um festzustellen, in welcher Weise das Verhalten der Leukocyten den Streptokokken gegenüber durch Elektrargol beeinflußt wird. Das Elektrargol (von der Firma Clin & Co., Paris) wird durch Zerstäubung von reinem metallischen Silber mittels des elektrischen Lichtbogens in destilliertem Wasser hergestellt. Die Verfasser stellten Versuche an Kaninchen und an Menschen, ferner Reagenzglasversuche an. Die Menschenversuche wurden an schwangeren Frauen und an Wöchnerinnen (nichtfiebernden und fiebernden) angestellt. Es wurden den Frauen 10 ccm Elektrargollösung in die Kubitalvene injiziert und die opsonische Kraft des Serums jedesmal vor der Injektion, dann 1 Stunde und 24 Stunden nach der Injektion bestimmt. Uebereinstimmend wurde in allen Versuchen gefunden, daß das Elektrargol die opsonische Kraft des Serums erhöht. Nichtfiebernde reagierten dabei klinisch anders auf die Injektion von Elektrargol als Fiebernde. Während die letzteren gar keine subjektiven oder objektiven Erscheinungen zeigten, rief bei den ersteren die Injektion sofort Beängstigungsgefühle, Blutwallungen, in einigen Fällen Hustenreiz und Schmerzen in der linken Bauchseite hervor. Dabei bestand Zyanose, der Puls wurde kleiner und frequenter. Nach 5—10 Minuten waren alle Erscheinungen spurlos verschwunden. Aehnliche Beobachtungen wurden schon von anderen Autoren gemacht. Die Reagenzglasversuche ergaben, daß das Elektrargol seinen Angriffspunkt nicht in den Leukocyten selbst, sondern im Serum hat. Es vermag die opsonische Kraft der Leukocyten nur bei gleichzeitiger Anwesenheit von Serum zu erhöhen.

Dr. **W. Rübsamen** (Dresden): **Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Wehenmittel in der Nachgeburtsperiode.** (Münch. med. Wochenschr., 1913, No. 12.)

Verf. berichtet über Untersuchungen, welche bezweckten, die Kontraktionen des frisch-puerperalen Uterus unter dem Einfluß von Wehenmitteln objektiv zu registrieren. Er ging folgendermaßen vor: Ein an einer Stange befestigtes Gewicht von 500 g, das eben die Spannung der Bauchpresse überwindet, wird in Gestalt einer Holzpelotte den Bauchdecken resp. dem Uterus vor- oder nach der Geburt der Placenta aufgelegt und durch Rollenübertragung mit einem Schreibhebel in Verbindung gebracht, der die einzelnen Uteruskontraktionen auf der berußten Trommel des Kymographions aufzeichnet. Ein in der Nachgeburtsperiode wirksames Wehenmittel soll Uteruskontraktionen erzeugen, wenn solche nicht vorhanden sind, und es muß sie verstärken, wenn sie nicht in genügendem Maße von selbst auftreten. Auch der Tetanus uteri kann in der Nachgeburtsperiode und noch mehr nach Ausstoßung der Placenta als günstiger therapeutischer Effekt aufgefaßt werden. Verf. untersuchte speziell die Hypophysenpräparate Glanduitrin, Pituglandol und Pituitrin bezüglich ihrer Wirkung in der Nachgeburtsperiode, zunächst bei normaler Wehentätigkeit. Bei intramuskulärer Injektion in den Oberschenkel zeigte sich nach Gaben von 1 ccm Pituitrin, 2 ccm Pituglandol resp. 1,5 ccm Pituglandol No. 97 und von ½—1 ccm Glanduitrin fast ausnahmslos ein deutlich wahrnehmbarer erregender Effekt auf die Wehen. Die Wirkung trat meist 4—6 Minuten nach der intramuskulären, 15—20 Minuten nach subkutaner Injektion ein. Bei intravenöser Injektion tritt die Wirkung schon nach 20 Sekunden ein. Die Wirkung dauert ½—¾ Stunden. Man kann die Injektion dann wiederholen. Noch deutlicher ist die Wirkung bei schlechter Nachwehentätigkeit. Bei starker atonischer Uterusblutung tritt nach intravenöser Injektion des Hypophysenextrakts schon in 10—20 Sekunden ein ausgesprochen tetanischer Kontraktionszustand des Uterus auf, der allmählich abklingt; wünscht man die Wirkung zu verlängern, so kann man die intravenöse Injektion wiederholen. Als Dosis genügen ½—¾ ccm Pituitrin, 1 ccm Pituglandol, ¾ ccm Pituglandol No. 97 und ½ ccm Glanduitrin. Letzteres Präparat (von Dr. Max Haase & Co., Berlin) ist das konzentrierteste. Die intravenöse Injektion muß langsam gemacht werden (1 ccm in 50 Sekunden). In 6 Fällen von schwerer Atonie wurde die Blutung allein durch intravenöse Glanduitrininjektion zum Stehen gebracht. — Man kann ferner die Blutverluste in der normalen Nachgeburtsperiode (ca. 300 ccm) auf ein Minimum (50—80 ccm) reduzieren, wenn man prophylaktisch das Hypophysenpräparat im Moment der Geburt des Kindes injiziert. Dies ist bei anämischen und schwachen Frauen, bei langdauernden Geburten, bei Placenta praevia von Bedeutung. Auch beim klassischen Kaiserschnitt reduziert die prophylaktische intramuskuläre Injektion von 2 ccm Pituitrin oder Glanduitrin den Blutverlust um ungefähr 400 ccm. Zum Schluß erwähnt Verf. einige Beobachtungen mit Secacornin Roche. Nach intramuskulärer Injektion des Mittels beginnt die Wirkung auf den Uterus erst nach 20—30 Minuten und erreicht ihr Maximum bis nach 1½ Stunden. Der Effekt besteht in einer Verstärkung der Wehen ohne Verkürzung der Wehenpausen; nach einiger Zeit kommt eine Tonussteigerung hinzu, die sich in seltenen Fällen zum Tetanus uteri steigert. Atonische Nachblutungen lassen sich durch Secacornin allein nicht beeinflussen. Aehnlich wie Secacornin verhält sich Ergotin Denzel, nur tritt die Wirkung etwas später ein. R. L.

Die vor einigen Jahren begonnenen Untersuchungen über den Einfluß der **Gonosanbehandlung** auf die Heilung des Harnröhrentrippers hat **Geissler** (Brandenburg, früher Neu-Ruppin) fortgesetzt (Reichs-Med.-Anz., 1913, No. 2, S. 35). Die Hauptvorteile der Gonosanwirkung liegen darin, daß durch das Mittel die Krankheitsdauer bedeutend abgekürzt wird, daß an Stelle des eitrigen schneller ein schleimiger Ausfluß tritt und daß die Gonokokken früher aus dem Ausflusse verschwinden. Gonosan setzt die Schmerzen herab, verhütet lästige Erektionen, Harndrang und Brennen beim Uri-

nieren, scheint auch Komplikationen hintanzuhalten, ohne daß es Nierenreizung und Magenstörungen hervorruft. Mit der inneren Behandlung muß eine äußere kombiniert werden; am zweckmäßigsten scheinen Protargolinjektionen zu sein. Eine sichere Wirkung ist natürlich auch bei Gonosan nur dann zu erwarten, wenn es so früh als möglich gegeben wird. In veralteten Fällen muß vor allem eine äußere, den Krankheitsherd direkt angreifende Behandlung eingeleitet werden.

Die als Reagens auf Eiweiß im Harn bekannte Sulfosalizylsäure entfaltet ihre eiweißkoagulierenden Eigenschaften auch in ihrer Verbindung mit Hexamethylentetramin, dem **Hexal. R. Boer** (Berlin) bestätigt durch Anführung einer Reihe von Krankengeschichten die Mitteilungen von Seegers, Frank, Boss u. a., daß im Hexal die adstringierenden und sedativen Eigenschaften der Sulfosalicylsäure mit den bakteriziden des Hexamethylentetramins vereinigt sind. Boer hat Hexal hauptsächlich bei Patienten mit Gonorrhoe und Blasenkatarrh, auch bei einem an chronischer Cystitis leidenden Tabiker angewendet; er ist mit den Erfolgen sehr zufrieden und der Ansicht, daß Hexal unter den Blasenantisepticis bald an erster Stelle stehen wird. Fast ausnahmslos wurde es ohne jede Beschwerde vertragen. (Dermatolog. Zentralbl., 1913, No. 5.) —d—

Physikalische Therapie.

Dr. **J. Jaffé**, Assistent d. Universitätsklinik für Haut- u. Geschlechtskrankheiten in Berlin: **Die Behandlung des Ulcus cruris mit getrockneter Luft.** (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung, 1913, 10. Jahrg., No. 3.)

Die Erfahrung, daß die Trockenheit der Luft in den Tropen und in der Wüste einen günstigen Einfluß auf die Schnelligkeit der Wundheilung ausübt, hat den Gedanken angeregt, diese heilungsfördernde Trockenluft künstlich zu erzeugen und für unsere Therapie nutzbar zu machen. In zwei in der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erschienenen Abhandlungen beschreibt R. Kutner einen nach seinen Angaben von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall konstruierten, „Siccor“ benannten Apparat, der imstande ist, einen konstanten Strom trockener, keimfreier und beliebig zu temperierender Luft zu erzeugen, welcher überall dort seine Anwendung finden soll, wo es gilt, sekretionsvermindernd zu wirken. Verf. berichtet in vorliegender Arbeit über die Resultate, die er mit der Kutnerschen Trocknungsmethode bei Ulcus cruris erzielte. Zur Behandlung wurden nur schwere Fälle ausgesucht, d. h. solche, die schon wochen- und monatelang in der Poliklinik mit den gebräuchlichen Mitteln ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden waren. Es handelte sich um solche Formen des Ulcus cruris, die auf variköser oder traumatischer Grundlage aus Ekzemen oder Erosionen der Haut sich entwickelt hatten. Ihre Heilung war dadurch besonders erschwert, daß die der ärmeren Bevölkerungsklasse angehörenden Patienten, abgesehen von den täglichen Wegen zur Klinik, meist auch noch gezwungen waren, ihrer Tätigkeit bezw. dem häuslichen Wirtschaftsbetrieb nachzugehen, und daß daher die für die Behandlung ihres Leidens wesentlichen Heilfaktoren: Ruhe und Hochlagerung des erkrankten Beines, fast ganz in Wegfall kamen. Um ein klares Bild der Wirkungsweise der trockenen Luft zu erhalten, wurden während der Dauer der Behandlung alle adstringierenden oder ätzenden Mittel fortgelassen. Die Behandlung fand nach Möglichkeit jeden Tag, jedenfalls aber alle zwei Tage statt. In jeder Sitzung wurde jede der Geschwürsflächen einer halbstündigen Luftdusche ausgesetzt und darauf mit weicher Zinkpaste verbunden. Hervorzuheben ist noch, daß keine heiße oder auch nur angewärmte Luft Verwendung fand, sondern ausschließlich die von dem Apparat erzeugte Trockenluft von Zimmertemperatur. Verfassers Beobachtungen erstrecken sich bis jetzt auf 15 Fälle, von denen fünf für eine Beurteilung eines Heilerfolges nicht in Betracht kommen, da sie sich der Behandlung schon nach wenigen Wochen entzogen. Doch konnte wie bei allen übrigen auch bei diesen eine auffallende Besserung wenigstens der subjektiven Beschwerden konstatiert werden. Uebereinstimmend bekundeten alle Patienten, die vorher von starken Schmerzen und dadurch verursachter Schlaflosigkeit geplagt worden waren, schon nach wenigen Duschen ein Abnehmen der Schmerzen, des Hitzegefühls und Brennens und freuten sich des wiedererlangten Schlafes. Hand in Hand mit dieser subjektiven Besserung ging eine starke Verminderung der Sekretion. Bemerkenswert war ferner der sichtliche und meist schnelle Rückgang des Oedems. Der schmierige Belag verschwand, der Geschwürsgrund reinigte sich nach einer Behandlung von 8—14 Tagen und zeigte bald frische Granulationen. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

Dr. **Hans Reichel** (München): **Erfahrungen mit dem Skopolamindämmerschlaf in Verbindung mit Morphium, Pantopon und Narkophin.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verf. berichtet aus der Kreckeschen Privatklinik über die Erfahrungen mit dem Skopolamindämmerschlaf. Anfangs wurden im ganzen $^{9}/_{10}$ mg Skopolamin mit 2—3 cg Morphium in stündlichen Intervallen gegeben. Es gelang mit Hilfe dieser großen Dosen in sehr vielen Fällen, einen idealen Dämmerschlaf zu erzielen und in anderen Fällen die Menge des noch notwendigen Aethers auf ein Minimum herabzusetzen. Indes zeigten zwei Todesfälle (die Verf. genauer mitteilt) die Gefährlichkeit dieser Anästhesierungsmethode. Deshalb wurde zur Aethertropfmethode mit vorhergehender Injektion von 1 bis 2 cg Morphin zurückgekehrt. Später wurden wieder $^{5}/_{10}$ mg Skopolamin zusammen mit 2 cg Morphium versucht. Irgendwelche unangenehmen Erfahrungen wurden bei dieser Dosierung nicht erlebt, aber auch keine wesentlichen Vorteile beobachtet. Eine Verminderung des zur Narkose nötigen Aethers wurde dabei nicht erzielt. Deshalb wurde das Skopolamin in Verbindung mit der Inhalationsmethode wieder aufgegeben. Es wurde nun weiter versucht zur Unterstützung der Lokalanästhesie in den dafür geeigneten Fällen, und zwar wurden nunmehr $^{4}/_{10}$ mg Skopolamin in Verbindung mit 2—4 cg Pantopon gegeben. Es kamen hierfür hauptsächlich Strumektomien in Betracht; hin und wieder wurde die Methode auch bei Herniotomien und Hämorrhoidenoperationen angewendet. Die Erfolge waren hinsichtlich der Schmerzbetäubung recht befriedigend. Dagegen erwies sich Skopolamin-Pantopon als durchaus nicht ungefährlich; besonders das Atmungszentrum ist bedroht. Es sind in der Literatur eine Anzahl Störungen, fast ausschließlich oligopnoische Zustände, nach Skopolamin-Pantopon mitgeteilt, die zum Teil zum Tode führten. In der Kreckeschen Klinik wurden 4 derartige Fälle beobachtet, von denen 2 tödlich endeten. Verf. teilt diese Fälle genauer mit. In den 4 Fällen handelte es sich um schwere Atemstörungen; 2 mal war Skopolamin (0,4 mg) und Pantopon (4 cg) eingespritzt worden, einmal 2 cg Pantopon nach tags zuvor erfolgter Pantopon-Skopolamininjektion, einmal nur Pantopon (4 cg). Die Herztätigkeit war 2 mal zunächst unbeeinflußt, 2 mal bestand gleichzeitig mit der Atmungslähmung eine beträchtliche Beschleunigung der Herztätigkeit. Merkwürdigerweise ging in den beiden mit Herzschädigung verlaufenden Fällen die Atmungsstörung vorüber, während in den anderen beiden Fällen 4 resp. 11 Stunden nach der Operation der Tod eintrat. Verf. kommt auf Grund dieser Erfahrungen zu der Ansicht, 1. daß bei solchen Kranken, die an Störungen der Atmungsorgane leiden, 2. bei solchen, die in höherem Lebensalter stehen, 3. bei solchen, die durch andere Erkrankungen in ihrer Widerstandskraft geschwächt sind, die Verabreichung von Pantopon mit oder ohne Skopolamin entweder ganz unterbleiben oder auf die denkbar kleinsten Dosen beschränkt bleiben muß. In der Kreckeschen Privatklinik wird das Pantopon zur Einleitung der Anästhesie jetzt nicht mehr gebraucht; an seine Stelle ist das von Straub empfohlene Narkophin (Morphin-Narkotin-Mekonat) getreten. Seit 6 Monaten wurde bei allen Kropfoperationen das Narkophin-Skopolamin eingespritzt, und zwar 3 cg Narkophin. Die Erfolge waren bei bisher 60 Fällen recht befriedigend.

Prof. Dr. **Momburg** (Bielefeld): **Die intraperitoneale Oelanwendung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Die intraperitoneale Anwendung des Oeles vor und bei Laparotomien, sei es zur Verhütung einer Peritonitis, sei es zur Verhütung der Bakterienresorption bei bestehender Peritonitis, hat seitens der Chirurgen verschiedene Beurteilung erfahren. Verf. hat das Verfahren 16 mal angewendet, 2 mal bei bestehender Peritonitis, 13 mal prophylaktisch postoperativ bei sogen. unreinen Fällen und 1 mal kurz vor der Operation. 15 mal wurde 1 proz. Kampfer-Olivenöl angewendet, 1 mal gleichzeitig, zum Zwecke der Anästhesierung der Bauchhöhle, folgende Mischung: Novokain 0,5, Aq. dest. 1,0, Ol. olivar. ad 100. Die Reaktion des Peritoneums auf das Oel besteht nach Verf. immer in einer Entzündung des Peritoneums. Diese Peritonitis dauert verschieden lange. Bei nichtgeschwächten Patienten klingt sie in etwa 3 Tagen ab, während der Verlauf bei schwächlichen Patienten schwerer und längerdauernd erscheint. Auch Schmerzen im Abdomen, mehr oder weniger verschieden, sind immer vorhanden. Diese Peritonitis scheint in allen Fällen eine Schädigung des Organismus zu bedeuten. In 3 Fällen trat bald nach der Operation äußerst quälendes, längere Zeit dauerndes Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme auf. In drei Fällen stellte sich heftiger quälender Hustenreiz ein, der mehrere Tage anhielt (Fettembolie?). In 2 Fällen entwickelte sich bald nach der Operation eine Pneumonie, welche in einem Falle zum Tode führte. Auch die dem Oel zugeschriebene Verhütung von Verklebungen kommt nicht immer zustande. Alles in allem hält Verf. die intraperitoneale Oelanwendung für schädlich und warnt vor ihr. Nur den einfachen Oelanstrich der Operationsstelle und ihrer näheren Umgebung hält Verf. evtl. für nützlich, aber nur im Falle einer offenkundigen Beschmutzung durch Magen- oder Darminhalt und nur bei kräftigeren Kranken; vielleicht macht das Oel die Bakterien durch Arretierung oder Einhüllung unschädlich. Schließlich erwähnt Verf. als Vorbeugungsmittel der postoperativen Peritonitis noch die Heißluftbehandlung des Abdomens. Er läßt 3 Stunden nach der Operation zum ersten Male

den Heißluftkasten ½ Stunde lang auf den Bauch einwirken und dann weiter in den ersten Tagen 3 mal täglich. Der Verband wird hierbei aufgeklappt und nur die untersten Gazeteile auf der Wunde belassen. Verf. hat diese Heißluftbehandlung nach mehr als 100 Laparotomien angewendet und dabei keinen Todesfall an postoperativer Peritonitis gehabt. Die Heißluftbehandlung wird von den Kranken fast durchweg als angenehm schmerzstillend empfunden. Auch die Peristaltik wird durch die Heißluft angeregt. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Mai 1913*).

Vorsitzender: Herr Landau.

Vor der Tagesordnung:

Herr **H. Stettiner** stellt ein Kind, das zur Operation in das Weißenseer Säuglingskrankenhaus geschickt ist, wegen der Seltenheit der Mißbildung noch vor der Operation vor. Das jetzt ¼ Jahr alte Kind, welches gut entwickelt ist, stammt von gesunden Eltern, in deren Familie bisher keine Mißbildungen vorgekommen sind, und ist das 12. neben 11 gesunden lebenden Kindern. Als die Mutter dem Kinde im Alter von 8 Wochen wegen einer Stuhlverstopfung ein Klystier verabreichen wollte, entdeckte sie das Fehlen eines Afters. Die genaue Untersuchung ergab, daß der Darm in die Scheide mündet, und zwar bald hinter dem Introitus vaginae an ihrer hinteren Fläche. Ein Röntgenogramm zeigt den durch Stanniol markierten fehlenden After, an dessen Stelle sich eine häutige Vorwölbung befindet, den Verlauf der Scheide, in welche ein weiblicher Metallkatheter eingeführt ist, und den Verlauf der Mastdarmfistel, in der ein dünner, mit einem Metallmandrin bewaffneter Seidenkatheter liegt. Es handelt sich danach um eine Mißbildung, die als **Atresia ani cum fistula vestibulari** zu bezeichnen und den äußeren Fistelbildungen zuzuzählen ist. Dies ist einmal von entwicklungsgeschichtlicher Bedeutung, da gerade über diese äußeren Fistelbildungen im Gegensatz zu den inneren, welche auf eine Hemmungsbildung in einem frühen Stadium der Entwicklung zurückzuführen sind, die Meinungen noch auseinandergehen, zweitens auch von praktischer Bedeutung, da bei den äußeren im Gegensatz zu den inneren meist der Sphinkter normal entwickelt zu sein pflegt. Bei der Operation ist nach Umschneidung der Fistel und Loslösung des Darmes von der Scheide und nach Anlegung eines Medianschnittes denn auch das Hauptaugenmerk auf die Erhaltung des Sphinkters zu richten. Man soll daher nach dem Vorgehen von Niessner nach Mobilisation des Darmes denselben durch einen auf stumpfem Wege vorbereiteten Kanal durchziehen, die Schleimhaut an der normalen Stelle befestigen und darauf eine reguläre Dammplastik machen. Es ist zu hoffen, daß man auf diesem Wege auch in dem vorgestellten Falle eine Sanatio paene completa erzielen wird. (Bericht des Vortragenden.)

Tagesordnung:

Diskussion über den Vortrag des Herrn E. Bumm: „Ueber die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbehandlung bei Carcinom der weiblichen Genitalien".

Herr **Levy-Dorn** hat bei Mamma- und Uteruscarcinom von der Röntgenbestrahlung sehr wechselnde Resultate gehabt. Jedenfalls kann man niemals mit Sicherheit auf Heilung rechnen; Rezidive sind immer möglich. Mit der Dosierung muß man vorsichtig sein; Massendosen hat L.-D. erst in letzter Zeit angewendet; dabei ist aber die Gefahr einer Verbrennung durch Röntgenstrahlen wesentlich erhöht. Es ist daher unter Umständen eine kleine Operation der Röntgenbestrahlung vorzuziehen. Jedenfalls ist vor Massendosierung bei der Bestrahlung zu warnen.

Herr **E. Schmidt**: Schon vor 10 Jahren haben französische und amerikanische Autoren über Heilerfolge der Röntgenbehandlung bei Carcinom berichtet. Die gegenwärtig angewendete Strahlendosierung ist aber höher und nicht unbedenklich wegen der eventuell eintretenden Spätschädigungen, die auch ohne vorheriges Erythem eintreten können. Man hat z. B. nach Bestrahlung innerer Organe unstillbare Diarrhöen auftreten sehen. Aber auch Frühschädigungen sind möglich; die Tumoren können rapid zerfallen; dies kann zu Metastasen führen, ferner zu Perforation in Körperhöhlen. Sch. hat auch mit kleinen Strahlendosen Heilungen erzielt; mit großen Dosen kommt man nicht wesentlich weiter. Eine besondere Toleranz der Vaginalschleimhaut gegenüber Röntgenstrahlen besteht nicht; man hat auch auf ihr nach relativ geringen Dosen schon Erytheme beobachtet.

Herr **Paul Lazarus**: Die γ-Strahlen sind die hauptsächlich wirksamen; sowohl das Radium wie das Mesothorium sendet γ-Strahlen aus. Jedoch ist das Mesothorium kurzlebiger, seine Aktivität läßt rascher nach. Die Radiumbehandlung des Carcinoms wurde schon vor 6 Jahren von Wickham und Degray ausgeübt. L. wendet stark gefilterte Dosen an: 50—100 mg Radium kommen in ein Platinröhrchen, letzteres in ein silbernes Röhrchen. Kleine Dosen führen durch Reizung zur Entstehung von neuen Tumoren in der Nähe der alten. Die Pechblendenbehandlung widerrät L. Thorium X wirkt wieder anders als Mesothorium.

Herr **Rotter** hat in einem Falle von inoperablem Rektumcarcinom nach Anlegung eines Anus praeternaturalis durch Herrn Bickel intravenös Thorium X einspritzen lassen. Nach ¾ Jahr war das Carcinom fast völlig verschwunden und durch ein ringförmiges Narbengewebe ersetzt. Das Carcinom ist aber nicht geheilt; denn am Anus sind ringsum Carcinomknoten aufgetreten, desgleichen am Anus praeternaturalis.

Herr **Bickel** weist darauf hin, daß das intravenös injizierte Thorium X zum großen Teil in den Darm ausgeschieden wird, wodurch die günstige Wirkung in dem Rotterschen Fall sich vielleicht erklärt. Bei direkter Bestrahlung mit Mesothorium machen sich bei Anwendung großer Dosen die Schädigungen erst nach einer bestimmten Latenzzeit bemerkbar. Die Cornea entzündet sich 1—2 Wochen nach einer wenige Minuten dauernden Bestrahlung. Die großen Strahlungsdosen sind also nicht ungefährlich.

Herr **Carl Lewin** betont, daß die Radiotherapie beim Carcinom nicht mehr leistet als andere Methoden, z. B. die lokale Behandlung mit Arsenikpräparaten, die Autoserotherapie, die Fermentbehandlung, die Chemotherapie. Die erzielten Erfolge sind Zufallsheilungen, wie sie bei jeder Behandlung vorkommen. Kleine Strahlungsdosen haben fast niemals Erfolg erzielt; hinsichtlich der Wirkung größerer Dosen sind weitere Erfahrungen zu sammeln.

Herr **Brieger** weist auf die von ihm und Trebing angegebene Antifermentreaktion hin, die namentlich für die Erkennung eines Rezidivs von Bedeutung ist. Bezüglich der Therapie empfiehlt er Pankreatindarreichung.

Herr **Franz** sieht einen Nachteil der Mesothoriumbehandlung in dem hohen Preise und darin, daß die Wirkung verhältnismäßig oberflächlich ist. Er hofft weitere Fortschritte von der Kombination der Mesothoriumbestrahlung mit intravenöser Injektion von Metallverbindungen; er hat entsprechende Versuche begonnen. Ein beginnendes Portiocarcinom läßt sich durch Mesothoriumbestrahlung heilen; der Dauererfolg ist aber unsicher, während die Operation 50 pCt. Dauerheilungen ergibt. Da die Mesothoriumbestrahlung jauchende Carcinome reinigt, so erleichtert sie die spätere Operation; manche vorher inoperable Carcinome werden durch die Bestrahlung operabel.

Herr **Szilárd** (Paris) beschreibt einen neuen Apparat zur Messung der Radioaktivität.

Herr **Hammerschlag** erwähnt, daß in einem Falle von Pruritus vulvae, der mit Röntgenbestrahlung behandelt wurde, sich auf der pruritisch veränderten Vulva während der Bestrahlung ein Carcinom entwickelte, welches er dann operierte.

Herr **Edmund Falk** hat Versuche über die elektive Wirkung der Mesothoriumstrahlen auf verschiedene normale Gewebe und Tumorgewebe (Carcinom, Myom) angestellt und keinen Unterschied in der Absorptionsfähigkeit für die Strahlen gefunden. Bei Bestrahlung von Warzen mit großen Dosen Mesothorium wurde die umgebende Haut ebenso affiziert wie die Warzen. Es entsteht nach 8 Tagen zuerst eine Blase; daraus kann sich ein schmerzhaftes Hautgeschwür entwickeln. Ueber die direkte Wirkung von Mesothorium auf Carcinome hat F. keine Erfahrungen. Bei direkter Bestrahlung mit 50 mg Radium wurden bei Vaginal- und Uteruscarcinomen Besserungen, aber keine Dauerheilung erzielt. F. verwendete dann in Verbindung ein aus kleinen Mengen Radium und Pflanzenkohle hergestelltes Präparat, Carboradiogen; es wurde in die Tumoren injiziert oder in Pulverform zur Nachbehandlung von Carcinomen verwendet. Auch hierdurch wurden nur Besserungen, nie eine dauernde Heilung erzielt. F. empfiehlt, inoperable Carcinome zuerst energisch mit Ferrumcandens oder Chlorzink zu behandeln und hinterher Radium in Form von Carboradiogen anzuwenden.

Herr **G. Klemperer** berichtet, daß nach Versuchen, die Carl Lewin im Institut für Krebsforschung angestellt hat, gewisse komplexe Goldverbindungen, z. B. Auronatriumchlorid, in Mäusecarcinomen Erweichungs- und Rückbildungsprozesse hervorbringen. Daraufhin an krebskranken Menschen mit Auronatriumchlorid angestellte Heilversuche fielen aber negativ aus.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 2. Juni 1913.

Vorsitzender: Herr A. Fränkel.

Tagesordnung:

Diskussion über den Vortrag des Herrn Brugsch: „Zur Behandlung der schweren Fälle von Diabetes mellitus".

Herr **Czerny**: Mit der Kontrolle der Kohlehydratzufuhr in der Ernährung der Diabetiker ist die Behandlung nicht erschöpft; auch für die Zufuhr von Eiweiß in der Nahrung müssen wir uns interessieren, da es die zweite Quelle für die Bildung des Zuckers ist. Der Diabetes, zumal die schwerere Form, der

*) In dem in No. 23 enthaltenen Sitzungsbericht ist das Datum in „21. Mai 1913" zu verbessern.

Kinder hat eine sehr schlechte Prognose. Die Mehrzahl aller ihm bekannten schweren Fälle ist in kurzer Zeit zugrundegegangen. Unter den Kinderärzten gibt es noch keine Spezialisten für Diabetes, glücklicherweise. Geht es dem Kinde nicht besser, so wird ein Internist, ein Zuckerspezialist, zu Rate gezogen. So hat Redner keinen Fall zu Ende behandelt. Die Internisten korrigierten die Herren Pädiater, die einer Einschränkung der Eiweißzufuhr das Wort geredet hatten; die Kinder waren aber nach kurzer Zeit immer tot. Im Koma wurde die Behandlung neidlos dem Redner überlassen.

Die schlechten Resultate in der Behandlung der zuckerkranken Kinder beruhen darauf, daß die meisten Internisten sich darauf beschränken, die Kohlehydratzufuhr herunterzudoktern, aber das Eiweißmoment nicht berücksichtigen und sogar Uebverernährung empfehlen. C. hat Fälle, die mit 8 bis 9 pCt. Zucker hereinkamen, ein Jahr lang in der Klinik gehalten. Länger konnte er sie nicht beobachten.

Herr **F. Hirschfeld** spricht zur Frage der Angewöhnung an einen niederen Stoffbedarf (es soll der Kranke an eine geringe Ernährung gewöhnt werden) und zur Frage der Eiweißzufuhr. Vor 4 Jahren hat hier Staehelin bei Fettleibigkeit und Gicht die Einschränkung der Eiweißzufuhr gelten lassen, sie aber für Diabetes als kaum in Betracht kommend bezeichnet. Neue Beweise für die Möglichkeit dieser Anpassung hat Brugsch nur spärlich mitgeteilt. Aus dem einmaligen Befunde von niedrigem Stoffumsatz darf man keine weitgehenden Schlüsse ziehen, weil sich dergleichen auch bei normalen Verhältnissen findet; weil die verschiedenen Menschen enorme Differenzen aufweisen. Warum kommen bei den einzelnen Menschen diese Anomalien vor? Ueben die Drüsen einen entscheidenden Einfluß aus? Das ist für den gesunden Menschen noch nicht festgestellt. Also ist es schwer, für die Pathologie Schlüsse zu ziehen.

Redner hat bei älteren Zuckerkranken (über 70 Jahre) gefunden, daß in der Tat manchmal Gewöhnung an niederen Stoffbedarf stattfand; bei Alkoholisten fand er gelegentlich ähnliche Zahlen (von Stadelmann bestätigt), ebenso bei Herzkranken. Aber bei schweren Fällen sah er kaum jemals eine Angewöhnung an niederen Stoffumsatz.

Welche Schattenseiten bestehen zudem? Eine große Gefahr bildete für die Diabetiker früher die Tuberkulose. Redner sah jetzt bei Kranken, die unterernährt wurden, wieder Tuberkulose eintreten. Auch Herzstörung beobachtete er. Das Herz verträgt sehr gut eine einmalige Unterernährung für einige Tage oder Wochen, aber nicht dauernd.

Man soll auf die Wirkung der Kostform im Einzelfalle, nicht auf die Ueberernährung achten. Eine hochgradige Herabsetzung des Eiweißbestandteiles ist H. unverständlich. Man soll bedenken, daß der Eiweißbedarf ebenso wenig wie der ClNa- oder Ca-Bedarf des Organismus bekannt ist. Die Voitsche Tabelle zwingt uns nicht, so und so große Mengen Eiweiß zu geben, sondern gibt nur einen Fingerzeig, welche Kostmengen dem Kranken bei seinen besonderen Verhältnissen bekömmlich sind, so daß wir danach die Ernährung einrichten können.

Herr **Umber** ist der Meinung, daß beim Diabetes beide Faktoren, verminderte Zuckerverbrennung und Zuckerausschüttung, in Betracht kommen. Für erstere spricht die von Naunyn erhärtete Tatsache der Steigerung der Toleranz bei Schonung der geschädigten Funktion. Unter Umständen kann bei erhaltener Toleranz hohe Acidosis bestehen. Ein 9 jähriges Mädchen, mit hohen Zahlen und Acidosis im Koma eingeliefert, wurde nach vier Wochen mit mäßiger Zuckerbildung ohne Acidosis entlassen. Es lebt nach der Vorschrift. Die Acidosis und die Glykosurie waren unter hausärztlicher Beobachtung verschwunden. Als Redner das Kind wiedersah, hatte es positive Bilanz (25 g Kohlehydrate), war aber acidotisch. Das ist doch ein schwerer Fall. Umgekehrt war es bei einem 15 jährigen Mädchen, das, bisher stets gesund, vor 14 Tagen an Magen-Darmstörungen, Erbrechen und Koma erkrankte. Am Tage der Einlieferung starb es. Im Urin waren 5,3 pCt. Zucker, keine Spur von Säure, keine Metaoxybuttersäure, kein Kreatin. Die Sektion ergab nur Diabetes als Todesursache. Die Kreatinausscheidung ist etwas Normales; die Kreatinausscheidung ist beim Zuckerkranken nicht vorhanden. Bei Acidosis tritt Kreatinin auf endogenem Wege auf. Hediosit steigert nie die Zuckerausfuhr.

Herr **Zuelzer**: Das Pankreas soll sich mit dem Adrenalin paaren. Die Gruppe, welche die Glykosurie bewirkt, bewirkt auch die vasomotorische Blutdruckerhöhung. Während das Adrenalin allein Blutdrucksteigerung auslöst, die dann unter die Norm sinkt, tritt bei Paarung mit Pankreassaft eine regelmäßige Besserung ein. Außerhalb des Körpers ist Adrenalin zweifellos ein Gift. Redner hat zuerst die Nebennieren ausgeschaltet und gezeigt, daß danach der Blutzuckergehalt absinkt. Es fragt sich, ob verminderter Zuckerverbrauch oder vermehrte Zuckerdarstellung vorliegt, ob das eine oder das andere bei Leber-, bei Pankreas- oder Adrenalindiabetes vorwiegt. Beide Teile, Adrenalin und Pankreas, neutralisieren sich. Entweder ist zu wenig Pankreassaft oder zu viel Adrenalin da; immer besteht ein Minus an Pankreassaft. Zweifellos kann von allen depressorisch wirkenden Organen, z. B. Thyreoidea, eine Beeinflussung dieser Balance herbeigeführt werden; sie ist aber fast nie wesentlich (v. Noorden).

Z. hat zuerst durch das Pankreashormon einen im Koma befindlichen Kranken gerettet. Dabei vorkommende Schüttelfröste machten die Kliniker mißtrauisch. Z. hat daher das anzuschuldigende Trypsin entfernt; er hat mit diesem verbesserten Präparat in einigen Fällen ohne Nebenerscheinungen die Zuckerausscheidung erheblich beeinflussen können; die vorher 112—280—270 g betragende Menge ging an einem Tage auf 0,2 g herunter; auch der Heißhunger ließ nach. Es gelingt also durch das Pankreashormon, die Zuckerverbrennung bezw. die Fixierung als Glykogen im Körper herbeizuführen oder zu unterstützen.

Wenn es gelingen sollte, durch Zufuhr, z. B. etwa mittels Duodenalsonde unter Ausschaltung des Magens, das Präparat an dem Ort der Störung zur Resorption zu bringen, so wäre es möglich, den Diabetes allgemeiner anzugreifen. Daran ist vorläufig nicht zu denken. Aber bei schwerem akuten Koma bei Karbunkel gelingt es, den Kranken auf Tage zucker- und acetonfrei zu machen.

Herr **Magnus-Levy**: Unsere jetzige Therapie ist unabhängig von unserer Theorie der Beteiligung der Organe an der Entstehung der Diabetes, mag es sich um verminderten Verbrauch oder vermehrte Zufuhr von Zucker handeln. Alle entscheidenden Versuche sind am Menschen gemacht worden. Eine knappe Ernährung läßt sich im Sanatorium und in der Klinik für Monate durchführen; immerhin ist es schwer bei 60 g Eiweißzufuhr; anders ist es, wenn die Diät auf Jahre bei Leuten, die im Berufe stehen, ausgedehnt werden soll; das gilt besonders von den Aermeren. Freilich bei Arbeitern fand Redner oft viel Verständnis; hier ist es tatsächlich möglich gewesen, sofern ihr Leiden nicht ganz schwer ist, mit 70—80 g Eiweiß auszukommen. Sind die Fälle aber so schwer, daß sie von den 80 g nichts mehr verzehren, so verhungern sie. Dann ist stärkere Eiweißernährung durchaus nützlich. Es gibt auch Fälle von scheinbar schwerem Diabetes bei Kindern, die zum Teil völlig heilen, teils nicht heilen. Echtes Coma dyspnoicum ohne Acidosis hat M. noch nicht gesehen.

Herr **Kraus** denkt bereits 35 Jahre über Diabetes nach. Man ging leider vielfach nicht von der Klinik, sondern von der Theorie hinsichtlich der Therapie aus. Es herrscht zu viel Chemie in der Pathologie des Stoffwechsels. Die alte Theorie bekommt ein neues Gewand. Wir haben aber nur Bruchstücke einer Theorie. Der Diabetes entsteht nicht bloß durch Zuckervergeudung im Körper oder nur durch ungenügende Verbrennung. Die Kohlehydrate rücken immer mehr in das Zentrum der Ernährung; vielleicht werden aus ihnen Bausteine des Eiweißes; wo hört der Zucker auf? Die „Schulen" vertreten immer nur sich selbst. Auf einer Seite stehen die Freunde Zuntz', die auf den respiratorischen Koeffizienten schwören, auf der anderen Rubners Schüler, die ohne denselben auskommen; für sie besteht das strittige Objekt aus N- und aus C-Anteilen.

Nicht bloß bei der Therapie, auch bei der Theorie müssen wir von der klinischen Beobachtung ausgehen. Es gibt genug Gründe, die dafür sprechen, daß es sich um Zuckervergeudung oder ungenügende Verbrennung handelt. Für die Einschränkung der Ernährung sollen wir möglichst eintreten. v. Noorden mißfiel den Badeärzten, weil er seine Kranken zu wenig in Badeorte schickte. Er schreibt nicht von Karlsbad in wissenschaftlichen Abhandlungen. Wenn man sagen soll, die Quellen helfen bei Krankheiten, so müssen sie nützlicher als die diätetischen Vorschriften sein. Ob die Heilquellen von Karlsbad, Neuenahr etc. auch dem Diabetiker nützen, weiß K. nicht. Wenn es bewiesen werden soll, müssen es diejenigen beweisen, die ein Interesse daran haben. Immer waren dort Männer, die den Diabetes sehr gut kennen. Kein einziger bewies, daß das Wasser ohne Diät einen Einfluß auf die Glykosurie hat. Redner kennt einschlägige Fälle; der Kranke reist mit 3 pCt. Zucker ab, nach 14 Tagen hat er 1½ pCt. und zu Hause wieder 3 pCt. Die Badeärzte haben ein Preisausschreiben zu dem vorliegenden Thema erlassen; aber in Karlsbad sind nicht einmal Vorkehrungen getroffen, um die Kranken richtig zu ernähren.

Herr **Plehn** hat stets seine Kranken mit Einschränkung der Ernährung, auch des Eiweißbestandteils, und zwar mit gutem Erfolge, behandelt. Seit Jahren gibt er nur noch Erhaltungskost und Eiweiß; er rechnet 4 Kalorien Eiweiß pro Kilo, d. h. 60 bis 70 g bei einem normalen Menschen, daneben noch 4 Kalorien Kohlehydrat pro Kilo; der Rest des Ernährungsbedarfs wird in Fett geliefert und möglichst niedrig, auf 25 Kalorien pro Kilo, gesetzt; bei Fettleibigen rechnet er nur 20, bei ganz elenden Individuen 30—35 Kalorien. Sie müssen im Bette liegen. Dabei nehmen die Leute schon bei 30 Kalorien zu. Auf diese Weise bekam Redner nie Koma zu sehen. Man muß aber das Körpergewicht sorgfältig kontrollieren.

Herr **Magnus-Levy**: Die schweren Fälle sind nur zu erklären, wenn man außer Zuckervergeudung noch verminderte Zuckeroxydation annimmt; es braucht nicht völlige Vernichtung dieser Funktion vorzuliegen.

Herr **Kraus** bezweifelt, daß in leichtesten Fällen nur

Zuckervergeudung besteht, z. B. bei der Piqûre; die neuen Untersuchungen beweisen die Ausschüttung. Da geht der Zucker nicht, wie in der Norm, nach der Zentralvene der Leber, sondern nach den Lymphspalten; hier findet er nicht die richtigen Fermente; er kommt ins Blut und wird nicht oxydiert. Die Nieren lassen das Zuckerniveau überfließen. Etwas Psychisches spielt zudem bei der ganzen Pathologie, speziell des Diabetes, mit.

Wenn ein Kind zum Stoffwechsel mit konstanten Größen kommt, so bekommt es trophische Erfahrungen. Darin stecken psychische Elemente. Am Nordpol bezw. im Süden sammle ich die Erfahrung, daß mir meine Berliner Wärme nicht mehr genügt. Ich bekomme einen anderen Appetit, auch für andere Dinge; das ist die trophische Erfahrung. Der Fettleibige hat gar keine Neigung zum Fett; der Diabetiker hingegen schreit nach Brot; da scheint eine Psychose zu bestehen. Daran scheitert alle Therapie, weil jeder Kranke Fehler macht.

Mode.

Berliner otologische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. med. Centr.-Ztg.".)

Sitzung vom 30. Mai 1913.

Ein bemerkenswerter Betriebsunfall des Ohres.

Herr **Senator**: Einem Maler floß flüssige Oelfarbe ins Ohr. Danach heftige Schmerzen. Bei der Untersuchung fand sich der Gehörgang mit der inzwischen erhärteten Masse ausgefüllt. Alkoholeinträufelungen versagten. Nur mittels Terpentineinträufelungen gelang es, den Gehörgang zu befreien. Danach ließen die Schmerzen nach. Aber es entstand eine Perforation und Eiterung aus dem Mittelohr, die noch fortwährte, als der Patient sich der Beobachtung nach 8 Tagen entzog.

Diskussion:

Herr **Peyser**.

Herr **Brühl**: 1. **Demonstration der postmortalen Veränderungen am menschlichen Cortischen Organ.** Die postmortalen Veränderungen treten am Cortischen Organ schon sehr bald hervor, schon eine Stunde post mortem. Sie äußern sich besonders in der Weise, daß die Zellen niedriger werden, zusammenfallen und ihren Zusammenhang verlieren. An Präparaten, die erst nach 24 Stunden, wie das gewöhnlich der Fall ist, gewonnen werden, sind feinere Details an den Zellen nicht mehr festzustellen.

Herr **Brühl**: 2. **Demonstration der Präparate eines taubgeborenen, taubstummen Patienten** (am Projektionsapparat). Die Schläfenbeine zeigten schon makroskopisch sehr starke knollige Auftreibungen, mikroskopisch zum Teil die Erscheinungen der Osteoporose, zum Teil auch die der Cirrhose. Die Nervenzellen sind zum großen Teil geschwunden.

Diskussion:

Herren **Wagener** und **Beyer**.

Technisches zur Röntgenphotographie des Schläfenbeins.

Herr **Graupner**: Demonstration eines Apparates, der in sehr einfacher Weise die Fixation des Kopfes in jeder Stellung zwecks Kopfaufnahme gestattet. Um bei Aufnahmen des Schläfenbeins den störenden Schatten des aufsteigenden Unterkieferastes zu vermeiden, ist der Kopf um 15° zu drehen. Sehr schöne Aufnahmen illustrieren den Wert des Verfahrens für die Diagnose der Erkrankungen des Warzenfortsatzes.

Max Levy (Charlottenburg).

IV. Bücherschau.

Ueber Symptomatologie, Wesen und Therapie der hemiplegischen Lähmung. Mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung und Funktion der Bewegungszentren in der Wirbeltierreihe. Von Dr. med. **Nic. Gierlich**, Nervenarzt in Wiesbaden. Wiesbaden 1913, Verlag von J. F. Bergmann. 137 S.

Das Wesen der residuären hemiplegischen Lähmung des Menschen, wie sie sich nach Zerstörung der motorischen Rindenzentren oder ihrer Bahnen regelmäßig zu entwickeln pflegt, bietet dem Verständnis nicht unerhebliche Schwierigkeiten und ist trotz umfassender Forschungen auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems durchaus noch nicht in jeder Beziehung geklärt. Verf. behandelt in der vorliegenden Monographie das Thema auf Grund eines eigenen großen klinischen Beobachtungsmaterials (104 Fälle) und sucht die am Menschen gewonnenen Erfahrungen mit Hilfe der Ergebnisse der vergleichenden Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems der Wirbeltiere zu interpretieren. Er stützt sich besonders auf die bezüglich der Bewegungszentren der niederen und höheren Wirbeltiere von der experimentellen Gehirnforschung ermittelten Tatsachen und setzt die residuäre hemiplegische Lähmung des Menschen in Beziehung zur phylogenetischen Entwicklung der motorischen Funktionen in der Wirbeltierreihe. Das Hauptergebnis, zu dem Verf. gelangt, besteht darin, daß für die restierenden Muskelinnervationen bei der hemiplegischen Lähmung die subkortikalen motorischen Zentren in Anspruch zu nehmen sind; nach Zerstörung der kortikalen Zentren suchen diese subkortikalen motorischen Zentren ihre alterworbenen Innervationsimpulse nach Möglichkeit wieder aufzunehmen. Die Ausbildung der hemiplegischen Kontrakturen erklärt Verf. im Anschluß an Lewandowsky durch Steigerung der Erregbarkeit nach Isolierung im Zentralnervensystem. Im Schlußkapitel geht Verf. in Kürze auf die für die Therapie der residuären hemiplegischen Lähmung sich aus den vorgetragenen therapeutischen Anschauungen ergebenden Gesichtspunkte ein; es kommen für die Behandlung, abgesehen von der Uebungstherapie und Elektrotherapie, auch operative Eingriffe in Frage, nicht nur Sehnenüberpflanzungen, sondern neuerdings auch Resektionen im Bereich der peripherischen Nerven (Operationen von Förster und Stoffel). Verf. empfiehlt auf Grund eigener Beobachtungen zur Beseitigung der hemiplegischen Kontrakturen besonders die von Stoffel angegebene Resektion einzelner in die spastischen Muskelbündel ziehender Nervenfasern. — Am Schluß ist auf 24 Seiten die gesamte von Verf. für die Arbeit benutzte Literatur zusammengestellt. Die Monographie, die in erster Linie sich an Neurologen wendet, verdient darüber hinaus die Beachtung aller Kollegen, die ein tieferes Verständnis für die Probleme der Neurologie gewinnen wollen.

R. L.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der bekannte Hygieniker Prof. Dr. Theodor Weyl, Privatdozent an der Technischen Hochschule in Charlottenburg, ist gestorben. 1851 geboren, hatte er 1878 die ärztliche Approbation erlangt. Er wurde dann Assistent des Physiologen J. Rosenthal in Erlangen und war dort auch Privatdozent bis 1880. Er kehrte darauf nach Berlin zurück, wo er sich unter dem Physiologen Du Bois Reymond, dem Physiker Helmholtz, den Chemikern A. W. Hofmann und C. Liebermann und unter Robert Koch, dessen Stern damals eben aufgegangen war, weiterbildete. Seit 1895 war er Dozent der Hygiene an der Technischen Hochschule. Th. Weyl, der als wissenschaftlicher Schriftsteller seines Faches eine große Fruchtbarkeit entwickelte, war u. a. Sachverständiger für hygienische Fragen bei den Berliner Gerichten und wirkte ferner als Lehrer an den vom Ministerium der öffentlichen Arbeiten und der Vereinigung für staatswissenschaftliche Fortbildung veranstalteten Kursen. Auch von ausländischen Verwaltungen wurde er mehrfach als hygienischer Berater zugezogen. Unter den Produkten seines literarischen Schaffens ist das jetzt in zweiter Auflage erscheinende, gemeinsam mit einer größeren Zahl von Fachgenossen herausgegebene vielbändige „Handbuch der Hygiene" am bekanntesten geworden.

— Dr. Georg Bernhardt, bisher Assistent am Institut für Infektionskrankheiten, ist als Nachfolger von Dr. Wolff-Eisner zum Bakteriologen des Krankenhauses im Friedrichshain gewählt worden.

— Dem Privatdozenten Prof. Dr. Richard Oestreich ist ein Lehrauftrag für pathologische Anatomie und Histologie für Studierende der Zahnheilkunde erteilt worden.

— Der Privatdozent Prof. Dr. Ernst Friedberger ist zum Abteilungsvorsteher am Pharmakologischen Institut ernannt worden.

Halle a. S. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. v. Bramann ist Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch, der durch seine bahnbrechenden Neuerungen auf dem Gebiete der Lungenchirurgie bekannte derzeitige Ordinarius der Chirurgie in Zürich, hierher berufen worden. Er ist Schüler der Chirurgen v. Mikulicz und Friedrich gewesen und steht gegenwärtig im 38. Lebensjahre. In Zürich war er Nachfolger von U. Krönlein.

Cöln. Dem Dozenten der Akademie für praktische Medizin, städtischen Beigeordneten Dr. med. Peter Krautwig ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Hamburg. Der Prosektor am städtischen Krankenhause zu Mannheim Dr. Karl Theodor Fahr ist vom 1. Oktober 1913 ab zum Prosektor des Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Barmbeck berufen worden.

Jena. Das neue, unter Beihilfe der Karl Zeiss-Stiftung mit einem Kostenaufwand von einer halben Million Mark errichtete **pathologische Institut** der Universität ist am 31. v. M. durch einen Festakt eröffnet worden.

Gießen. Der außerordentliche Professor der Psychiatrie Dr. Dannemann ist zum Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt „Philippshospital" bei Goddelau unter Verleihung des Titels eines Großherzoglichen Medizinalrates ernannt worden. Prof. Dannemann bleibt in seiner neuen Stellung psychiatrisches Mitglied der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege im Ministerium des Innern.

— Dr. Adolf Jess hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

Darmstadt. Der soeben in sein 84. Lebensjahr getretene Generalarzt a. D. Kappesser hat vor kurzem in geistiger und körperlicher Frische sein 60 jähriges Doktor-

jubiläum gefeiert. Der Jubilar hat lange vor Bier die Hyperämiebehandlung empfohlen; besonders bekannt aber ist er als Urheber der methodischen Schmierseifeneinreibungen bei skrofulösen Drüsen- und Knochenerkrankungen geworden.

Tübingen. Dr. Hermann Walbaum hat sich für Pharmakologie habilitiert.

Wien. Der Vorsteher einer chirurgischen Abteilung an der Allgemeinen Poliklinik Prof. Dr. Alexander Fraenkel ist vom Unterrichtsministerium mit der Abhaltung klinischer Vorlesungen beauftragt worden. Zum ersten Male wird damit die Allgemeine Poliklinik akademischen Lehrzwecken nutzbar gemacht.

— Der bisherige Titularextraordinarius Prof. Dr. Emil Raimann, Privatdozent der Psychiatrie und Neurologie, ist zum außerordentlichen Professor der forensischen Psychiatrie ernannt worden.

— Nach der Uebersiedelung von Prof. Abderhalden soll von dem Lehrfach der medizinischen Chemie die gerichtliche Chemie abgetrennt und dem Titularordinarius Regierungsrat Prof. Dr. J. Mauthner übertragen werden.

Innsbruck. Der bisherige Titularordinarius Prof. Dr. Ludwig Merk, Vertreter des Lehrfaches der Dermatologie und Syphilis, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Genf. Als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Prof. Prevost ist der bisherige Privatdozent Dr. F. Battelli zum ordentlichen Professor der Physiologie ernannt worden.

Krakau. Der Professor der deskriptiven Anatomie Dr. A. Bochanek ist gestorben.

Philadelphia. Der hervorragende Dermatologe Prof. L. A. Duhring ist im Alter von 67 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Dr. Kirchner wurde in einer im Ministerium des Innern abgehaltenen Sitzung zur Bekämpfung der Malaria die **Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Malaria** gegründet, derem Zentralvorstande u. a. Geheimrat Prof. Dr. Ehrlich angehört.

Brüssel. Die 3. **Internationale Konferenz für Krebsforschung** findet in Brüssel vom 1. bis 5. August d. J. statt. Folgende Themata stehen auf der Tagesordnung: 1. Die Anwendung der physikalisch-chemischen Verfahren bei der Behandlung des Krebses. Anwendung chemischer Mittel nach Radikaloperationen (Referenten: Prof. Dr. Neuberg [Berlin]: Die Grundlagen der physikalisch-chemischen Verfahren; Prof. Dr. Caspari [Berlin]: Die Anwendung der physikalisch-chemischen Verfahren; Prof. Dr. Freund [Wien]; Exzellenz Prov. Dr. Czerny [Heidelberg]; Prof. Dr. Bayet [Brüssel]). 2. Vaccinationstherapie und Serumtherapie der Geschwülste (Referenten: Privatdozent Dr. Odier [Genf]; Prof. Daels und Dr. de Somer [Gent]; Dr. William Coley [New York]). 3. Statistik der Krebskrankheit. Oertliche Verbreitung (Referenten: Dr. Rosenfeld [Wien]; Prof. Firket und Dr. Kremer [Lüttich]). 4. Aetiologie des Krebses (Referenten: Prof. Joh. Fibiger [Kopenhagen]; Prof. A. Marie). 5. Einrichtungen für die Fürsorge Krebskranker (Fürsorgestellen usw.) (Referenten: Prof. Dr. Blumenthal [Berlin]; Dr. Solé [Brüssel]). 6. Pflege der Krebskranken und Unterricht in dieser Pflege (Referent: Prof. Dr. George Meyer [Berlin]). 7. Bericht über den Stand der Krebsforschung und Krebsbekämpfung in den einzelnen Ländern, unter Vorlage der betreffenden Drucksachen, Schriften für Aerzte, Merkblätter für das Volk usw. (Referenten: Dr. Willems [Gent]; Privatdozent Dr. Odier [Genf]).

Gerichtliches.

Frankfurt a. M. Ein Krankenbehandler, der besonders die ärmeren Klassen ausgebeutet hatte, hatte sich vor der hiesigen Strafkammer wegen **fahrlässiger Körperverletzung** zu verantworten. Es handelte sich um einen früher in einer ärztlichen Anstalt beschäftigt gewesenen Hausburschen, der später als „Privatgelehrter" eine ärztliche Tätigkeit ausübte und dabei einen Patienten schwer an der Gesundheit schädigte. Die Strafkammer erkannte auf vier Monate Gefängnis und 600 M. Geldstrafe.

München. Eine umherziehende Frau übte die Behandlung von Warzen in der Weise aus, daß sie die Warzen mit einer glühenden Nadel abtrug und auf die entstehenden Wundflächen ein Pulver und Zinksalbe applizierte. Sie war deshalb wegen der — bekanntlich verbotenen — **Ausübung der Heilkunde und Feilhaltens von Arzneimitteln im Umherziehen** verurteilt worden. Vom Obersten Landgericht in München wurde sie jedoch mit der Begründung freigesprochen, daß Warzen (wie z. B. auch Hühneraugen) nicht als Krankheiten anzusehen seien; sie seien nur kosmetische Mängel und ihre Behandlung sei daher nicht als Ausübung der Heilkunde zu betrachten.

Verschiedenes.

Barmen. Die hiesige **Ortskrankenkasse** hat in Denklingen auf dem sogenannten Burgberg in waldreicher Gegend für 800 000 M. ein allen neuzeitlichen Anforderungen entsprechendes Genesungsheim erbaut.

Hamburg. Dem Hamburger **Forschungsinstitut für Krebs und Tuberkulose** ist von einem Wohltäter, der nicht genannt sein will, ein Betrag von 20 000 M. zur Verfügung gestellt worden zur Errichtung einer Abteilung für Pilzforschung. Der Verein hat daher einen diesen Zwecken dienenden zweiten Pavillon, der ebenfalls auf dem Terrain des Eppendorfer Krankenhauses errichtet werden soll, in Auftrag gegeben. Die Leitung der neuen Abteilung wird Dr. H. C. Plaut übernehmen.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

	Zusammensetzung	Indikationen	Verordnungsweise
Jodocitin 2 D. R. P.	Jede Tablette enthält **0,06 g Jod,** gebunden an **Lecithin-** und **Eiweißsubstanzen,** davon zirka 60% organisch, zirka 40% anorganisch.	**Lues, Arteriosklerose, Asthma bronchiale** u. **cardiale,** Skrofulose, Apoplexie, **Tabes dorsalis, Exsudate,** Gicht, chronischer Gelenkrheumatismus, Struma, Skleritis, Glaskörpertrübung und Glaskörperblutung, **also überall dort, wo die Anwendung eines Jodpräparates geboten ist.**	Rp.! **1 Originalröhre Jodocitin 20 Tabletten = M. 2,00** D. S. 3 mal täglich 1—2 Tabletten während od. nach der Mahlzeit zu nehmen.
Eisen-Bromocitin D. R. P.	Jede Tablette enthält 0,006 g **Brom** u. 0,0015 g **Eisen** in anorganischer Bindung und 0,0425 g **Lecithin.**	**Neurasthenie, Hysterie,** Epilepsie, sowie überall dort, wo neben der **Eisen-** und **Lecithinwirkung** eine leichte **Bromwirkung** gewünscht wird.	Rp.! **1 Originalglas Eisen-Bromocitin 100 Tabletten = M. 3,00 50 Tabletten = M. 1,75** D. S. 3 mal täglich 1—2—3 Tabletten während oder nach der Mahlzeit.
Eisen-Bromocitin cum Arsen	Jede Tablette enthält 0,006 g **Brom** u. 0,0015 g **Eisen** in anorganischer Bindung und 0,0425 g **Lecithin,** unter Zusatz v. 0,0002 g **Acidum arsenicosum.**	**Nervöse Erschöpfung, anämische Form der Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie** usw.	Rp.! **1 Originalglas Eisen-Bromocitin cum Arsen 100 Tabletten = M. 3,00 50 Tabletten = M. 1,75** D. S. 3 mal täglich 1—2—3 Tabletten während oder nach der Mahlzeit.
Hydropyrin-Grifa D. R. P.	**Wasserlösliches Lithiumsalz** der Acetylsalicylsäure mit einem Gehalt von 90 bis 95% reinem Lithiumacetylsalicylat.	**Influenza, Muskel-** und **Gelenkrheumatismus,** sonstige **fieberhafte Erkrankungen,** Neuralgien, insbesond. **Kopfschmerzen** Dysmenorrhoe usw.	Rp.! **1 Originalröhre Hydropyrin-Grifa 20 Tabl. à 0,5 g = M. 1,00 10 Tabl. à 0,5 g = M. 0,50** D. S. 3 mal täglich 1—2—3 Tabl. Ferner: **in Pulverform,** sowie als Zusatz zu **Inf. Ipecac. und Dec. Senegae.**
Kalmopyrin D. R. P.	**Wasserlösliches Calciumsalz** der Acetylsalicylsäure. Enthält in **wasserfreiem** Zustande **90 % Acetylsalicylsäure** und **10 % Calcium.**	**Wie Hydropyrin-Grifa,** besonders aber in der **Kinderpraxis,** sowie überall dort, **wo** neben der Acetylsalicylsäurewirkung die **Calciumwirkung** erwünscht ist.	Rp.! **1 Originalschachtel Kalmopyrin 20 Tabl. à 0,5 g = M. 1,00 10 Tabl. à 0,5 g = M. 0,50** D. S. 3 mal täglich 1—2—3 Tabl. Ferner: **in Pulverform** sowie als Zusatz zu **Inf. Ipecac.** und **Dec. Senegae.**
Glanduitrin D. R. W. Z.	**Hypophysenextrakt** aus dem infundibularen Anteil der **Glandula pituitaria. 1 ccm entspricht 0,1 g resp. 0,2 g der frischen Substanz.**	Blutungen post partum und post abortum, Myomblutungen, **zur Einleitung der Geburt, Anregung und Beförderung der Wehen. Herz-** und **Uterustonicum.** Blasentonicum und **Diureticum.**	Rp.! 1 Karton **Glanduitrin** à **3** Ampullen à 1,1 ccm = **0,1 g** der frischen Substanz **M. 1,25** 1 Karton à **6** Ampullen à 1,1 ccm = **0,1 g** der frischen Substanz **M. 2,25** 1 Karton à **3** Ampullen à 1,1 ccm = **0,2 g** der frischen Substanz **M. 1,75** 1 Karton à **6** Ampullen à 1,1 ccm = **0,2 g** der frischen Substanz **M. 3,00**

Jede Apotheke ist in der Lage, unsere sämtlichen Präparate innerhalb 24 Stunden zu beschaffen!

Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung!

Dr. Max Haase & Co., G. m. b. H., Berlin NW 52

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang **Berlin, 21. Juni 1913** **No. 25**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang **Berlin, 21. Juni 1913** **No. 25**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aus der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses zu Berlin. Direktor: Prof. Dr. H. Strauss.

Ueber Pulswellengeschwindigkeit und ihre diagnostische Bedeutung.

Von

Dr. **Silbermann** (Kudowa).

Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Pulswellengeschwindigkeit sind in letzter Zeit von Münzer, Friberger und Ruschke vorgenommen worden, ohne daß indessen eine Uebereinstimmung in der Frage der Ursachen der Abweichungen von der Norm erzielt worden ist. Ruschke führt auf Grund seiner Ergebnisse in Anlehnung an die Anschauungen älterer Autoren die Aenderung der Pulswellengeschwindigkeit auf Blutdruckänderungen zurück; Münzer sieht sie als Folge des veränderten Elastizitätskoeffizienten an und Friberger kommt zu dem Schluß, daß „sowohl Aenderungen in der Kontraktion wie im Tonus der Muskulatur als auch regressive Störungen die Dehnbarkeit verhindern und so den Elastizitätskoeffizienten und die Pulswellengeschwindigkeit steigern können".

Ueber die Technik der Untersuchungen will ich mich hier nicht näher auslassen — ich habe den Straussschen Turgo-Sphygmographen meinen Zwecken adaptiert —, sondern verweise in dieser Beziehung auf die demnächst erscheinenden ausführlichen Protokolle [1]) und will nur bemerken, daß ich nach den Ergebnissen meiner eigenen Untersuchungen Blutdruckänderungen als alleinige Ursache für Veränderungen der Pulswellengeschwindigkeit nicht für wahrscheinlich halte. Denn ich konnte, außer in einer Anzahl von Fällen von künstlicher Blutdrucksteigerung, einen Parallelismus zwischen Druckänderung und Geschwindigkeit nicht konstatieren. In einigen Fällen konnte sogar trotz Sinken des Blutdruckes eine erhöhte Geschwindigkeit, in einem anderen Falle (mehrere Messungen an aufeinanderfolgenden Tagen) trotz Steigens des Blutdrucks eine Abnahme der Geschwindigkeit festgestellt werden.

[1]) Centralbl. f. Herzkrankh., Juli 1913.

Da ich bei der Ausmessung der Sphygmogramme so weit als möglich das Prinzip verfolgte, aufeinanderfolgende Pulse zu messen, konnte ich die Beobachtung machen, daß die Geschwindigkeit bei den einzelnen Pulsen Schwankungen zeigte, derart, daß die Werte sich teils in aufsteigender, teils in absteigender Linie bewegten, teils kurvenförmig an- und abstiegen. Das legte mir den Gedanken nahe, daß die Atmung oder, wie weitere Untersuchungen zeigen werden, ein von der Atmung beeinflußter Faktor die Pulswellengeschwindigkeit verändern müßte. Nach dieser Richtung angestellte Untersuchungen ergaben in der Tat positive Resultate, von denen ich eines hier anführen möchte. Bei allmählicher tiefer Inspiration waren:

Intervall:	Geschw.:
0,120 Sek.	5,41 m
0,114 „	5,70 „
0,112 „	5,80 „
0,109 „	5,96 „
0,106 „	6,13 „
0,100 „	6,50 „

Bei allmählicher tiefer Exspiration:

Intervall:	Geschw.:
0,093 Sek.	6,99 m
0,096 „	6,77 „
0,102 „	6,37 „
0,103 „	6,31 „
0,108 „	6,01 „
0,109 „	5,96 „

Daß die Atmung an sich nicht diesen Einfluß ausüben konnte, hatte mir eine schon vorher gemachte andere Beobachtung nahegelegt. Bei einer Reihe fiebernder Patienten war die Pulswellengeschwindigkeit trotz normalen Blutdrucks sehr niedrig, ebenso bei einer Reihe nichtfiebernder Patienten mit Erkrankungen der Bauchorgane. Es konnte also die dem Gefäßsystem eigene Elastizität nicht als entscheidender Faktor für die Aenderung der Pulswellengeschwindigkeit in Betracht kommen, sondern dieselbe mußte in veränderten Innervationsverhältnissen liegen.

Schon Martini hatte, wie ich später sah, Schwankungen in der Pulswellengeschwindigkeit früher beobachtet und dieselben, so weit es sich um größere Differenzen handelte, auf Blutdruckschwankungen bei der Atmung (kleinere auf Beobachtungsfehler) bezogen. Nun sind aber

die Blutdruckschwankungen bei der Atmung selbst bereits etwas Sekundäres, bedingt durch den Einfluß der Respiration auf die Vasomotorenzentren. Wir können daher annehmen, daß Pulswellengeschwindigkeit und Blutdruckschwankung koordinierte Faktoren sind.

Das die Pulswellengeschwindigkeit tatsächlich unter dem Einfluß der Vasomotoren steht, ergaben u. a. auch die folgenden Untersuchungen. In einem Falle von traumatischer Neurose zeigte sich eine bedeutende Zunahme der Pulswellengeschwindigkeit nach Druck auf eine schmerzempfindliche Stelle, während der Maximaldruck unverändert blieb und der Minimaldruck einmal um 5 mm Hg gesunken war. Nach Lovén hat die Reizung jedes sensiblen Nerven pressorische Wirkung, d. h. Kontraktion der Gefäße herbeiführende, andererseits aber erweiternde in dem von ihm innervierten Bezirke. Auf diese Weise wäre einerseits die Veränderung der Pulswellengeschwindigkeit, andererseits die Konstanz des Blutdruckes einer Erklärung zugänglich.

Ferner konnte ich bei einer Reihe von Patienten, die therapeutisch Atropin erhielten, Untersuchungen anstellen. Nach Meyer und Gottlieb wirkt Atropin lähmend auf die Endigungen der autonomen Nerven; nach Cyon wird die Erregbarkeit der regulierenden Fasern des Depressors und der Vagi durch Atropin verändert oder aufgehoben. Diese Wirkung muß aber eine Kontraktion der Gefäße zur Folge haben, mit Steigerung des Blutdrucks und, nach rein physikalischen Gesetzen, eine Beschleunigung der Pulswellengeschwindigkeit. Ein solches Resultat haben meine Untersuchungen gleichfalls ergeben; in einem Falle war bei gleichgebliebenem Druck die Geschwindigkeit nur wenig angestiegen, in den anderen Fällen stieg der Druck um 10—20 mm Hg und die Geschwindigkeit nahm um 2,20 bis 4,39 m zu. Nur in einem Falle trat eine Blutdrucksenkung und Abfall der Geschwindigkeit ein. Ich habe über diesen Fall im Original ausführlicher berichtet.

Ein Fall kam zur Untersuchung, bei dem eine diagnostische Injektion von Pilokarpin 0,01 gemacht worden war. Entsprechend der pharmakologischen Wirkung des Pilokarpins — Erregung und nachfolgende Lähmung der ganglionären Zwischenstücke des Vagus — trat auch hier eine Blutdrucksteigerung und Beschleunigung der Pulswellengeschwindigkeit ein.

Noch deutlicher zeigen den Einfluß der Vasomotoren auf die Pulswellengeschwindigkeit eine Reihe von Versuchen, die nur geringe Blutdruckänderungen, aber bedeutende Beschleunigung der Pulswellengeschwindigkeit zur Folge hatten. So stellte Veiel eine bedeutende Beschleunigung der Pulswellengeschwindigkeit fest bei Applikation eines Eisstückchens im Sulcus bicipitalis, Lommel bei kurzdauernder kalter Begießung, O. Müller und Veiel im kühlen Bade, Ruschke bei Begießen des entblößten Rückens mit einigen Tropfen Aether. Das Umgekehrte erzielte er bei Einatmung einiger Tropfen Amylnitrits. Aber auch dieses hat, wie Filehne nachwies, in erster Linie eine Einwirkung auf das Gefäßnervenzentrum, mit den Folgeerscheinungen Gefäßerweiterung und dadurch bedingte Blutdrucksenkung.

Ich selbst habe bei einem Patienten vor und während eines lokalen Heißluftbades an der nichtbehandelten Seite Blutdruck und Pulswellengeschwindigkeit bestimmt und eine Senkung des Maximaldrucks um 5 mm Hg — der Minimaldruck war unverändert — und eine Zunahme der Pulswellengeschwindigkeit um fast 4 m gefunden. Hier war wohl reflektorisch eine kompensatorische Gefäßkontraktion eingetreten, die eine Zunahme der Pulswellengeschwindigkeit bewirkte, aber noch nicht groß genug war, um auch eine Zunahme des Gesamtblutdruckes herbeizuführen.

Für die Einwirkung der Vasomotoren auf die Pulswellengeschwindigkeit sprechen auch die Versuche von Ruschke mit Digitalis und Strophanthin. Bei ersterem trat trotz Blutdrucksteigerung Verlangsamung der Pulswellengeschwindigkeit ein. Die blutdrucksteigernde Wirkung der Digitalis beruht aber auf der Erhöhung des Schlagvolumens bezw. der Kontraktionskraft des linken Ventrikels und nur zum geringen Teil auf der Kontraktion bestimmter Gefäßgebiete. Andererseits aber wird durch Digitalis das Vaguszentrum erregt und neben einer Kontraktion der Darmgefäße tritt, wie Gottlieb und Magnus nachgewiesen haben, eine Erweiterung der Hautmuskelgefäße sowie auch der Nierengefäße (Loewi und Jonescu) ein. Die Erweiterung ist nur eine sekundäre, hervorgerufen durch die aus den Darmgefäßen verdrängte Blutmasse. Diese Gefäßerweiterung aber mußte natürlich eine Abnahme der Pulswellengeschwindigkeit zur Folge haben. Drucksteigerung und Beschleunigung der Pulswellengeschwindigkeit erhielt Ruschke dagegen bei intravenöser Strophanthininjektion (0,001 Merck). Will man hier nicht eine Shokwirkung annehmen, so ließe sich diese Erscheinung vielleicht als plötzliche Digitaliswirkung erklären, die bis zu einem gewissen Grade einer toxischen gleichzustellen wäre, bei der es zu einer allgemeinen Gefäßkontraktion kommt.

Einige spezielle Beobachtungen, die ich im Verlaufe meiner Untersuchungen machen konnte, möchte ich hier noch wenigstens kurz erwähnen.

Bei einem Patienten mit dekompensierter Aorteninsuffizienz, akuter Polyarthritis rheum. und Perikarditis wurde bei Irregularität des Pulses eine Kurve aufgenommen, die durch eine Extrasystole unterbrochen war. Die Werte der einzelnen Pulse waren:

Intervall:	Geschw.:
0,126 Sek.	5,47 m
0,128 „	5,39 „
0,121 „	5,70 „
0,130 „	5,30 „
0,123 „	5,61 „

Hier folgte die kompensatorische Pause und nun fanden sich:

Intervall:	Geschw.:
0,153 Sek.	4,51 m
0,128 „	5,39 „
0,109 „	6,33 „
0,106 „	6,51 „
0,106 „	6,51 „

Nach der kompensatorischen Pause trat demnach eine bedeutende Verlangsamung der Pulswellengeschwindigkeit ein.

An demselben Patienten wurde einige Tage später eine Kurve mit irregulärem, inäqualem Puls aufgenommen und folgende Resultate erzielt:

Intervall:	Geschw.:
0,146 Sek.	4,79 m
0,137 „	5,11 „
0,131 „	5,34 „
0,1 „	7,00 „
0,150 „	4,66 „
0,121 „	5,78 „
0,132 „	5,30 „
0,138 „	5,07 „

Die Inäqualität war hier derart, daß vom ersten Pulse ab die Höhen abnahmen, der 4. Puls ganz beträchtlich, der 5. zeigt wieder die Anfangsgröße, die folgenden sind wieder etwas kleiner. Die Pausen sind zwischen dem 2. und 3. und zwischen dem 5. und 6. etwas größer als bei den anderen.

Eine andere Beobachtung wurde an einer Patientin mit thyreotoxischem Herzen gemacht. Die Pulswellengeschwindigkeit war hier sehr groß, 20,96 m bezw. 18,21 m an verschiedenen Tagen. Nach Cyon ist bei kropfigem Herzen oder thyreoidektomierten Tieren die Erregbarkeit der Depressoren und Vagi bedeutend vermindert, wenn nicht vollständig aufgehoben, während die ihrer Antagonisten, der gefäßverengernden und der beschleunigenden Herznerven vermehrt ist. Damit stimmen die gefundenen Werte überein. Die Patientin wurde dann operiert und nun zeigte sich 19 Tage nach der Operation eine Abnahme der Pulswellengeschwindigkeit. Auf Anführung der absoluten Zahlen muß ich leider verzichten, da mir die Kurven nicht einwandfrei genug erschienen.

Bei derselben Patientin erhielt ich auch einmal eine von einer Extrasystole unterbrochene Kurve, und auch hier fand sich, wie in dem obenerwähnten Falle, nach der kompensatorischen Pause ein bedeutender Rückgang der Pulswellengeschwindigkeit.

Wenn wir die hier zur Untersuchung herangezogenen Faktoren vergleichen, so haben sie das Gemeinschaftliche, daß sie in erster Linie auf die das Gefäßsystem beherrschenden Nervenzentren einwirken, durch deren Vermittelung dann teils regionär, teils all-

gemein der Gefäßzustand verändert wird. Diese Aenderung des Gefäßzustandes hat aber nach rein physikalischen Gesetzen auch eine Aenderung der Pulswellengeschwindigkeit zur Folge. Wenn nun Münzer sich auf den Standpunkt stellt, daß die regressiven Veränderungen der Gefäßwand einen Einfluß auf die Pulswellengeschwindigkeit haben, Friberger den Elastizitätskoeffizienten und seine Aenderungen für den maßgebenden Faktor hält, so kann ich dem auch meinerseits bis zu einem gewissen Grade, d. h. mit der sich aus meinen Untersuchungen ergebenden Modifikation der Formulierung des Satzes, zustimmen. Da ich auf Grund meiner Untersuchungen zu dem Ergebnis gelangte, daß in erster Linie Einwirkungen auf die Gefäßnerven bezw. ihre Zentren stattfinden, können regressive Veränderungen der Gefäßwand und der Elastizitätskoeffizient sicherlich insoweit eine Rolle hierbei spielen, als sie die Anspruchsfähigkeit der Gefäße auf Impulse der Gefäßnervenzentren verändern. Die mehr oder weniger große Starre des Gefäßrohrs wird die Durchschnittsgeschwindigkeit der Pulswelle entsprechend verändern und ihre geringere Anspruchsfähigkeit wird die Extensität der Impulswirkungen verringern.

Bei den früheren Untersuchungen wurde stets für die Pulswellengeschwindigkeit ein aus einer Reihe von Pulsen berechneter Durchschnittswert aufgestellt und aus diesem Schlüsse auf den Elastizitätsgrad des Gefäßrohrs gezogen. Durch den Nachweis des Einflusses der Gefäßnerven auf die Pulswellengeschwindigkeit werden wir nunmehr aus seinem Durchschnittswert nur auf den augenblicklichen Zustand des Gefäßrohrs schließen dürfen. Zur Feststellung des Elastizitätsgrades der Gefäße werden wir uns einer anderen Methode bedienen müssen. Wir werden festzustellen haben, innerhalb welcher Grenzen die Pulswellengeschwindigkeit im Verlaufe einer Reihe von Pulsen schwankt und werden uns hierzu am besten der tiefen In- und Expiration als Normaluntersuchungsmethode bedienen. Die so gewonnene „Geschwindigkeitsamplitude" wird uns Aufschluß geben können über die Reaktionsfähigkeit der Gefäße — funktionelle Gefäßdiagnostik — und unter bestimmten Voraussetzungen über die Reaktionsfähigkeit der Gefäßnerven — funktionelle Vasomotorendiagnostik —. Ohne mich hierüber ausführlich zu äußern, will ich hier nur andeuten, in welcher Weise dies geschehen könnte. Bei regressiven Veränderungen dürfte der Durchschnittswert der Pulswellengeschwindigkeit erhöht, die Geschwindigkeitsamplitude verringert sein infolge der geringeren Anspruchsfähigkeit der Gefäßwand auf Nervenimpulse. Bei herabgesetzter Erregbarkeit der Depressoren wird der Minimalwert infolge Ueberwiegens der Vasokonstriktoren hoch, der Maximalwert aber entsprechend noch höher sein, so daß die Geschwindigkeitsamplitude der Norm entsprechen wird. Analoge Verhältnisse sind bei Herabsetzung der Reizempfindlichkeit der Konstriktoren zu erwarten. Es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, bestimmte Normalwerte festzustellen, nach denen alsdann die krankhaften Veränderungen erschlossen werden können.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen möchte ich in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die Pulswellengeschwindigkeit ist in erster Linie abhängig von den Gefäßnerven bezw. ihren Zentren. Die Gefäßwand hat einen Einfluß auf die Geschwindigkeit nur insoweit, als Störungen ihres normalen Gleichgewichtes ihre Anspruchsfähigkeit auf Nervenreize verändern.

2. Der aus mehreren Pulsen gewonnene Durchschnittswert für die Geschwindigkeit der Pulswelle gibt uns einen Einblick in den augenblicklichen Kontraktionszustand der Gefäße.

3. Ueber die Tätigkeit der Gefäße und ihre Fähigkeit, ihr Lumen zu verändern, können nur die durch eine Normaluntersuchungsmethode — tiefste In- und Expiration — gewonnenen Grenzwerte Aufschluß geben. Unter bestimmten Voraussetzungen können die gleichen Werte auch für die funktionelle Gefäßnervendiagnostik verwendet werden.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Prof. Dr. **H. Noguchi** (New York): **Studien über den Nachweis der Spirochaete pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Bisher wurde von der Mehrzahl der Forscher angenommen, daß die sogenannten para- oder postsyphilitischen Erkrankungen (Tabes und Paralyse) nicht durch die Krankheitserreger der Syphilis selbst, sondern durch irgendwelche toxische Stoffe, die unter dem Einfluß der Lues im Körper entstehen, hervorgerufen werden. Verf. ist es nun, wie er in der vorliegenden Arbeit berichtet, zum ersten Male gelungen, in Fällen von Paralyse und Tabes die Spirochaete pallida im Zentralnervensystem aufzufinden. Er untersuchte bisher 200 Gehirne von Fällen der progressiven Paralyse und 12 Rückenmarke von Tabesfällen. Unter den 200 Gehirnen von Paralytikern wurde die Spirochaete pallida in 48 Fällen gefunden; unter den 12 Tabesfällen war bisher nur einmal das Ergebnis positiv. Verfasser untersuchte vom Gehirn besonders den Gyrus frontalis, den Gyrus rectus und die Regio Rolandi. Die Spirochaete pallida fand sich häufiger und zahlreicher in der Hirnrinde als in der weißen Substanz. Manchmal fand sie sich gruppenweise zwischen den Nervenzellen und den Neurogliafasern verteilt; in anderen Fällen sah man vereinzelte Exemplare über weitere Strecken verteilt. Nur ganz selten sah man die Pallida in der Nähe von Blutgefäßen und fast niemals in den Gefäßwandungen. In der Pia mater konnte die Pallida nicht sicher aufgefunden werden. Folgende Technik erwies sich Verf. als zweckmäßig: Von einem in 10 proz. Formalin gehärteten Gehirn wird von der Gegend des Gyrus frontalis, des Gyrus rectus oder irgend einer anderen Region ein 5—7 mm dickes Scheibchen geschnitten und zunächst in einer aus 10 pCt. Formalin, 10 pCt. Pyridin, 25 pCt. Azeton, 25 pCt. Alkohol und 30 pCt. Aq. destill. bestehenden Lösung bei Zimmertemperatur 5 Tage lang belassen. Darauf 24 Stunden lang gründliches Auswaschen mit Aq. destill. Nun werden die Stücke in 96 proz. Alkohol übertragen, in dem sie 3 Tage verbleiben, und dann wieder gründlich 24 Stunden lang ausgewaschen. Hiernach behandelt man die Stücke in dunklen Flaschen in folgender Weise: 1. Bad in 1,5 proz. Silbernitratlösung, entweder 3 Tage bei 37 ° C. oder 5 Tage bei Zimmertemperatur; 2. zweistündiges Auswaschen in Aq. destill.; 3. Reduktionsbad in 4 proz. Pyrogallussäurelösung, der man 5 pCt. Formalin zugesetzt hat (24—48 Stunden bei Zimmertemperatur); 4. gründliches Auswaschen in Aq. destill.; 5. Uebertragen in 80 proz. Alkohol auf 24 Stunden; 6. 95 proz. Alkohol, 3 Tage lang (täglich erneuern); 7. absoluter Alkohol, 2 Tage lang; 8. Xylol, Xylol-Paraffin, Paraffin. Die Schnitte seien 3 oder auch 5 Mikros dick. Fällt die Imprägnation gut aus, so erscheinen alle Gewebselemente des Gehirns schwach gelb oder gelblich braun, die Pallidakörper aber tief schwarz. Vom Rückenmark stellt man sich etwa 2 cm lange Segmente her und fertigt Längsschnitte an; im übrigen behandelt man die Stücke in gleicher Weise. R. L.

Chirurgie.

Dr. **J. Lewy** (Freiburg i. B.): **Angeborene Skoliosen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Angeborene Skoliosen sind keineswegs so selten, wie man früher angenommen hat. In ätiologischer Beziehung kommen für die Entstehung der kongenitalen Skoliose 3 Momente in Betracht, zunächst rein mechanische Störungen während der fötalen Entwicklungszeit infolge von Raummangel im Uterus, zweitens Vorhandensein von Halsrippen, drittens Entwicklungsstörungen in der Wirbelsäule. Skoliosen, die durch intrauterine Einwirkungen zustandegekommen sind, erstrecken sich gewöhnlich über einen größeren Teil des Rückgrats, treten meist gleich nach der Geburt in die Erscheinung und sind oft von anderen Anzeichen, die auf eine Kompression des Fötus hindeuten, begleitet, wie kranieller Asymmetrie. Was die Halsrippenskoliosen anlangt, so zeichnen sie sich gewöhnlich durch ihren hohen Sitz und eine allgemeine Starrheit aus bei gleichzeitiger Drehung oder Verschiebung des Kopfes, Asymmetrie des Gesichtsschädels, Ungleichheit der Hals-Schulterkontur. Uebrigens sind die Halsrippenskoliosen nach einigen Autoren meist durch gleichzeitig bestehende Wirbelmißbildungen bedingt. Bei den Entwicklungsstörungen der Wirbelsäule können verschiedene Anomalien vorliegen: Minder- oder Ueberzahl von Wirbeln, Bildung von Halswirbeln, keilförmige Schaltwirbel, knöcherne Verwachsungen, z. B. halbseitige Synostosen zwischen dem letzten Lendenwirbel und dem Kreuzbein. Die Skoliosen, die ihren Grund in Bildungsfehlern der Wirbelsäule haben, werden meist erst erkannt, wenn das Kind anfängt, sich aufrecht zu setzen. Die Deviationen sind relativ hochgradig und die Abbiegung ist eine plötzlichere als bei erworbenen Skoliosen. Verf. beschreibt 2 derartige von ihm beobachtete Fälle genauer; in einem Falle handelte es sich um ein 1¾ jähriges

Mädchen, bei welchem, wie die Röntgenaufnahme ergab, der 8. Brustwirbel ein keilförmiger Halbwirbel ist, an den nur rechts eine Rippe inseriert; links fehlt die Rippe. Der zweite Fall betrifft ein 16 jähriges Mädchen, bei dem das Röntgenbild einen zwischen dem 4. und 5. Brustwirbel eingeschalteten überzähligen Keilwirbel aufwies. Hinsichtlich der Behandlung bieten die auf Wirbelsäulenanomalien beruhenden kongenitalen Skoliosen ziemlich geringe Aussicht.

Dr. **F. Sasse** (Frankfurt a. M.): **Ulcus callosum ventriculi totale (Schrumpfmagen), Exstirpation, nebst Bemerkungen über den dauernden Verlust des Magens sowie über die Technik der Magenresektion.** (Münch. m. Wochenschr., 1913, No. 12.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine 49 jährige Patientin zu operieren, die infolge von zunehmenden Magenbeschwerden (Erbrechen usw.), die schließlich jede Nahrungsaufnahme fast unmöglich machten, bis auf 60 Pfund Körpergewicht abgemagert war. Okkultes Blut wurde im Stuhl niemals gefunden. Nach dem Röntgenbilde handelte es sich um einen enorm geschrumpften, zu einem dünnen, schlauchartigen Gebilde verkleinerten Magen. Bei der Operation fand sich der Magen im ganzen enorm geschrumpft, von derbweicher Konsistenz und Daumendicke; die Verdickung erstreckte sich vom Pylorus bis an die Kardia, wo ein ca. 1½ Querfinger breites Stück nicht mehr verdickt war. Der Magen wurde zunächst an der großen und kleinen Kurvatur isoliert und dann am Pylorus durchtrennt. Das Duodenum wurde für sich vernäht und versenkt, der Magen aber zunächst nicht am Oesophagus abgetrennt, sondern als Zügel benutzt, um die Kardia möglichst nach abwärts zu ziehen. Dann wurde die oberste Jejunumschlinge durch einen Schlitz des Mesokolons nach oben gezogen und nun unter starkem Abwärtszug am Magen durch Serosa-Serosanähte auf der Hinterfläche der Kardia unmittelbar am Zwerchfell mit ihr vereinigt; dann wurden ½—1 cm unter dieser Naht Serosa und Muskularis gegenüber am Darm und Magen eingeschnitten und wieder durch eine Serosa-Muskularisnaht miteinander verbunden. Nachdem so eine feste Verbindung des Darmes mit der Kardia an deren Hinterfläche hergestellt war, wurde der Magen abgetragen, dann auch die Mukosa des Darms eingeschnitten und jetzt folgte eine zirkuläre Mukosanaht, darauf noch eine Muskularis-Serosa- und Serosa-Serosanaht an der Vorderfläche. Die Heilung erfolgte glatt. Die Patientin hat nach der Operation um 52 Pfund zugenommen. Bei der Untersuchung des exstirpierten Magens fand sich nichts von Carcinom, dagegen ein den ganzen Magen einnehmendes kallöses Ulcus mit enormer Verdickung der Submukosa, weniger starker Verdickung der Muskularis und teilweise auch der Serosa. Die Dicke der Wandung betrug 1—2 cm. Von der Schleimhaut waren kaum noch vereinzelte mikroskopische Reste vorhanden. — Die Patientin kann alle Speisen ohne Beschwerden genießen; der Ausfall der Magenfunktion hat keine nachteiligen Folgen gehabt. (Es sind jetzt 1½ Jahre nach der Operation verflossen.) R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

(Siehe auch Rieck unter „Chirurgische Therapie und Technik".

Prof. Dr. **Carl Lewin** (Berlin): **Der Valeriansäureester des Amylenhydrats [Valamin].** (Die Therapie der Gegenwart, April 1913, H. 4.)

Die Wirkungen der aus der Droge gewonnenen Baldrianpräparate sind sehr inkonstant. Die chemische Industrie hat daher aus dem wirksamen Bestandteil der Droge, dem ätherischen Baldrianöl, reine Substanzen hergestellt, welche eine konstante Wirkung ermöglichen sollen. So sind eine Reihe von Estern der Isovaleriansäure in die Therapie eingeführt worden. L. hat nun einen Valeriansäureester des Amylenhydrats, das Valamin, geprüft, welches für die Zwecke der Valerianatherapie eine äußerst günstige Zusammensetzung zeigt. Es ist eine wasserhelle, neutral reagierende Flüssigkeit von schwach aromatisch-ätherischem Geschmack und Geruch, der an Valeriansäure erinnert. Die Substanz wird in Kapseln zu 0,25 in den Handel gebracht und zeigt, wie eigene Versuche des Verfassers an seinem poliklinischen Material in gleicher Weise wie Berichte aus verschiedenen klinischen Anstalten lehren, in Dosen von 3- bis 4 mal täglich 0,25 gegeben, eine deutliche sedative Wirkung in allen den Fällen, wo Baldrianpräparate indiziert sind. Leichtere Fälle von nervöser Schlaflosigkeit werden durch Gaben von 0,5 g der Substanz, abends vor dem Schlafengehen genommen, in günstiger Weise beeinflußt. Gerade die letztere übereinstimmend verzeichnete Beobachtung veranlaßte Verf., in Tierversuchen (Kaninchen und Hunde) die hypnotische Wirkung des Mittels zu untersuchen. Hier blieb die schlafmachende Wirkung aus, obwohl das Amylenhydrat für sich leicht Schlaf erzeugt. Es werden beim Tier offenbar nur so kleine Mengen des Esters resorbiert, daß eine hypnotische Wirkung nicht zustande kommt. Auch die Spaltung des Esters im Darm in Amylenhydrat und Valeriansäure geht bei den Tieren so langsam vor sich, daß eine erkennbare hypnotische Wirkung des Amylenhydrats ausbleibt. Dagegen werden die beim Menschen angewendeten kleinen Dosen wahrscheinlich schon im Magen resorbiert. Denn der Magensaft spaltet, wie Verf. sich in entsprechenden Versuchen überzeugt hat, den Ester nicht und andererseits tritt die sedative Wirkung schon so schnell ein, daß man kaum an eine Spaltung erst im Darm denken kann. — Das Valamin wird von der Chemischen Fabrik Dr. Neumann & Co. in Charlottenburg hergestellt. Kr.

Physikalische Therapie.

Dr. **Kantorowicz** (Hannover): **Das heiße Bad bei Verstauchungen.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 19.)

Die Ausführung geschieht so, daß das verletzte Glied (gewöhnlich handelt es sich um Fuß- oder Handgelenk) sofort nach dem Unfall in ein möglichst heißes Bad gesteckt wird. Temperatur zunächst 28° R., alle 5 Minuten Zugießen von heißem Wasser bis 35° R., wenn möglich noch höher. Dauer ½ Stunde. Es ist erstaunlich, wie leicht und schmerzlos dann das Gelenk bewegt werden kann. Das trifft aber nur dann zu, wenn es sich um eine wirkliche, einfache Verstauchung, das heißt also einen Riß eines oder mehrerer Gelenkbänder, handelt. Sobald auch nur die geringste Verletzung eines Knochens stattgefunden hat, werden die Beschwerden durch das heiße Bad verschlimmert. Das langdauernde heiße Bad ist also ein wichtiges Mittel zur Unterscheidung zwischen Bruch und Verstauchung. Es ersetzt dem Praktiker den Röntgenapparat in diesem Falle. Bei leichteren Fällen von Verstauchung genügt ein halbstündiges heißes Bad, dreimal täglich, mit darauf folgender Anlage einiger einfachen Bindentouren; bei stärkerer Schwellung ist noch Massage zu empfehlen. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

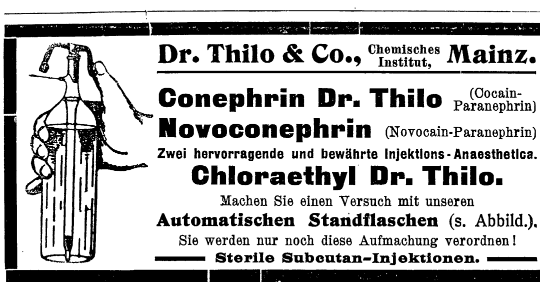
Dr. **Heinrich Kondring** (Posen): **Klinische Erfahrungen mit Chlormetakresol zur Schnelldesinfektion der Hände.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

Durch Laubenheimer wurde vor einigen Jahren festgestellt, daß das Chlormetakresol unter einer Reihe von Phenolabkömmlingen sich durch hohe baktericide Wirkung auszeichnet. Um Chlormetakresol in jedem Verhältnis wasserlöslich zu machen, mußte es mit rizinolsaurem Kali emulgiert werden. Eine solche 50 proz. Lösung wird von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. unter dem Namen Phobrol in den Handel gebracht. Nach Laubenheimer übertrifft eine 0,25 proz. Chlormetakresol- oder 0,5 proz. Phobrollösung eine 2 proz. Kresolseifenlösung um das 5 fache an Desinfektionskraft; die 0,5 proz. Phobrollösung tötet Staphylokokken in einer Minute ab. Wenn man statt Wasser Alkohol als Lösungsmittel verwendet, so wird die desinfizierende Kraft sehr gesteigert. Eine Lösung von 1 proz. Chlormetakresol in 70 proz. Alkohol tötet z. B. Staphylokokken in 15—30 Sekunden ab. Verf. berichtet über seine Ergebnisse mit Chlormetakresol als Desinficiens für die Hände und Haut bei gynäkologischen Operationen und in der Geburtshilfe. Es wurde zunächst Phobrol mit Azetonalkohol zur Händedesinfektion kombiniert: Phobrol 10, Azeton 200, 70 proz. Alkohol 790. Diese Mischung bewährte sich sehr gut; sie wurde bei der geburtshilflichen Tätigkeit beibehalten. Für gynäkologische Operationen wurde später nur eine 1 proz. Phobrollösung in 70 proz. Alkohol verwendet, weil durch das Azeton die Blutflecken auf der Haut der Hände fixiert werden und daher tagelang sichtbar bleiben. Die Händedesinfektion geschieht folgendermaßen: 1. Waschung mit warmem Wasser und Seife, ohne Bürste, während 3 Minuten, Nagelreinigen, Abtrocknen mit sterilem Tuch; 2. sorgfältiges und intensives Abreiben der Unterarme, Hände und Finger mit der Phobrolalkohol- resp. Azetonphobrolalkohollösung mittels Flanellappens während 5 Minuten. Die Flanellappen sind etwa 4 mal so groß wie ein Handteller, werden mit Seife gewaschen, getrocknet, sterilisiert und dann in einem Glasgefäß mit Phobrolalkohol gebrauchsfertig aufgehoben. Was das Operationsgebiet anlangt, so werden Bauchdecken, Oberschenkel und Damm in derselben Weise desinfiziert. Nach dem Trockenwerden (nach 1 Minute) erhalten Bauchdecken und Inguinalgegend einen Jodanstrich; Damm und Vulva nicht. Die Scheide wird bei gynäkologischen Operationen mit 1 l 0,5 proz. wässeriger Phobrollösung ausgespült, mit Stieltupfer getrocknet und einmal mit einem in Phobrolalkohol getauchten Tupfer ausgewischt. Vor geburtshilflichen Operationen wird immer nur eine einfache Scheidenspülung mit 0,5 proz. wässeriger Phobrollösung gemacht. — Die bei dieser Desinfektionsmethode erhaltenen Operationsresultate, über die Verf. berichtet, waren sehr gut. Bei den größeren gynäkologischen Operationen in etwa 90 pCt. Heilung, durch prima intentio; bei den operativen Entbindungen 13,3 pCt. Fieber im Wochenbett. — Die Haut der Hände bleibt weich und zart; die alkoholische Phobrollösung ist absolut geruchlos. R. L.

Dr. **Fr. Kuhn** (Berlin-Schöneberg): **Zur Technik der Kochsalzinfusionen.** (Zentralbl. f. Chir., 1913, No. 9.)

Die Bemerkungen des Verfassers beziehen sich teils auf die instrumentelle Technik, teils auf die chemische Seite der





Magen- und Darmleidende

können ohne Bedenken den coffeïnfreien „Kaffeehag“ trinken, da er zufolge der Reinigung und Entfettung, die er im Extraktionsverfahren durchmacht, außer dem Coffeïn noch die Staubteile, Häutchen, ranzig werdenden Fette etc. verliert, die auf Magen und Darm ungünstig wirken. Der coffeïnfreie „Kaffeehag“ wird von Aerzten allgemein verordnet und ist in allen einschlägigen Geschäften erhältlich.

Ibach-Transponierflügel

Patent Professor Dr. Felix von Kraus D. R. P. 202532

ist ein vollendeter Mechanismus.

bei denkbar einfachster Handhabung

für Konzert • Unterricht
Partien-Studium • Musik im Hause

Auf diesem Flügel kann jedes Musikstück um 3 Töne nach dem Diskant und um 4 Töne nach dem Baß zu transponiert werden.

Genaue Beschreibung versendet postfrei auf Anfrage

RUD. IBACH SOHN

Flügel- und Pianino-Fabrikant

BERLIN W., Steglitzerstraße 27 (Ibach-Haus).

TERPACID

als Warenzeichen geschützt.

Flüssiges, **mit Oel mischbares** Kampfer-Isomeres, empfohlen gegen Gicht, Rheumatismus und neuralgische Symptome, **sowie gegen juckende Hautkrankheiten.**

Preis einer Originalflasche **Terpacid** = M. 1,60.
Erhältlich in Apotheken und Drogengeschäften.

Dr. Kurt Rülke, Berlin-Charlottenburg, Galvanistraße 6.

Frage, die Zusammensetzung der Lösung. Verf. bespricht zunächst die Geschichte der chemischen Seite der Frage und hebt dabei hervor, daß er auf Grund der Versuche anderer Autoren und seiner eigenen zu der Ueberzeugung gekommen ist, daß es wesentlich zweckmäßiger ist, unsere Infusionsflüssigkeit etwas anders zusammenzusetzen, als es seither der Fall ist. Er glaubt, daß ein gewisser Gehalt von Traubenzucker, daneben noch der Gehalt von kleinen Mengen von Alkalizuckerverbindungen in Form von Natriumsaccharaten und Calciumsaccharaten neben dem Kochsalzgehalt von großer Zweckmäßigkeit ist. Verf. hat in der Zeitschrift für Chirurgie bereits angedeutet, daß dieser Zuckergehalt von sehr vorteilhaftem ernährenden Einfluß auf den Körper sein kann, daß er ferner bei richtiger Zusammensetzung konservierend auf die Blutkörperchen wirkt, und daß er endlich auf die Blutgerinnung einen vorbeugenden Einfluß ausübt, alles Tatsachen, welche für die Fälle, wo unsere Infusionen meist in Frage stehen, nur von günstiger Bedeutung sein können.

Um die Herstellung der Infusionsflüssigkeit recht bequem und ihre Dosierung genau zu machen, bringt die Firma Braun in Melsungen abgemessene Mengen der betreffenden Substanzen in den Handel. Ein Paketchen von Zusatz enthält die Mengen von Kochsalz, Zucker und Alkalisaccharaten, welche geeignet sind, mit einem Liter destillierten Wassers eine zweckmäßige Infusionsflüssigkeit zu geben.

Was die Instrumente für die Zwecke der Infusion anbelangt, so ist hierzu zunächst jede Spritze von genügendem Kaliber ausreichend. Zweckmäßiger noch als die Spritze ist der Irrigator, sei es, daß er aus einem offenen Gefäß oder aus einem geschlossenen mit Luftzufuhr versehenen Glasgefäß besteht. Feiner und genauer sind Gefäße, aus denen mittels Luftdruck die zu infundierende Flüssigkeit unter beliebig einzustellendem Drucke herausgepreßt wird. Solche Gefäße haben den großen Vorzug einer genauen Kontrolle und Dosierung der dem Körper überantworteten Flüssigkeitsmenge. Verf. beschreibt am Schlusse einen Apparat in letzterem Sinne. Kr.

P. Babitzki (Kiew): **Zur Anästhesierung des Plexus brachialis nach Kulenkampff.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Verf. hat in einer größeren Anzahl von Fällen die Anästhesierung des Plexus brachialis nach Kulenkampff gemacht und erhielt dabei mit zunehmender Uebung immer bessere Resultate. Am brauchbarsten erwies sich das Verfahren bei Luxationen des Oberarmes und Frakturen des Oberarmes und der Vorderarmknochen. Die Schmerzen an der Bruchstelle oder im luxierten Gelenk verschwinden nach der Injektion in den Plexus schnell, die Muskeln werden paretisch, was die Reposition der Luxation und die Einrichtung der Fraktur sehr erleichtert. Es empfiehlt sich, das Anästheticum nicht eher zu injizieren, bevor nicht nach Einstechen der Nadel die Patienten ein deutliches in den ganzen Arm ausstrahlendes Kriebeln empfinden. Als Anästheticum benutzt Verf. 3 proz. Novocainlösung. Nur einmal erlebte Verf. einen Zwischenfall. Er machte bei einer 35 jährigen Frau behufs Entfernung einer Nadel aus dem Daumenballen die Plexusanästhesie, die auch gelang. Außerdem wurde bei der Operation ein Schlauch um den Oberarm gelegt. Nach der Operation trat völlige Bewegungslosigkeit des Armes ein, die einige Wochen hindurch anhielt, dann allmählich wieder völlig zurückging. Verf. ist der Ansicht, daß diese Lähmung durch Druck des Schlauches, der die Nerven zu sehr komprimierte, entstanden war; denn die oberhalb des Schlauches befindliche Schultergürtelmuskulatur war intakt geblieben. R. L.

Kurt Otto: Erfolge der chirurgischen Behandlungsmethoden bei Trigeminusneuralgie. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 25. H. 1.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von Trigeminusneuralgie, die er nach der von Offerhaus angegebenen Injektionsmethode mit Injektionen von 3—6 ccm 70 proz. Alkohols an der Schädelbasis direkt in den bezw. die betreffenden Trigeminusäste behandelte. 10 Monate sind verstrichen; in keinem Falle ist bis jetzt ein Rezidiv aufgetreten. Auf Grund dieser Erfolge glaubt Verf. der Injektionsmethode den Vorzug geben zu müssen gegenüber den anderen chirurgischen Eingriffen bei Trigeminusneuralgie, so der Neurexairese, bei der in den allermeisten Fällen schon nach wenigen Monaten ein Rezidiv auftritt, der Nervenresektion an der Schädelbasis, bei der ebenfalls, wenn auch etwas seltener, Rezidive auftreten, und endlich gegenüber der Resektion des Ganglion Gasseri, die bezüglich der Verhütung der Rezidive wohl die besten Resultate gibt, vorausgesetzt natürlich, daß das Ganglien total entfernt wird. Allein die Operation ist technisch ungemein schwierig und sollte deshalb nur für ganz verzweifelte Fälle, wenn alle drei Aeste erkrankt sind, reserviert werden. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **A. Rieck** (Altona-Hamburg): **Zur Therapie übermäßig starker menstrueller Blutungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Zur Bekämpfung übermäßiger menstrueller Blutungen stehen dem Arzt mannigfaltige Mittel zur Verfügung. Muß man annehmen, daß eine mangelhafte Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur zugrunde liegt, so gibt man Sekalepräparate, z. B. Secacornin. In der Zwischenzeit soll die Uterusmuskulatur durch heiße Duschen unter Zusatz von Lugolscher Lösung zu Kontraktionen angeregt und dadurch gekräftigt werden. — Dieselben Duschen wirken auch auf etwa vorhandene chronisch-entzündliche Vorgänge im Myo-, Para- oder Perimetrium resorbierend; in diesen Fällen, ebenso wie bei entzündlichen Adnexerkrankungen soll Stypticin die Blutung besser bekämpfen als Sekale. Auch ein Kombinationspräparat: Erystypticum Roche, ist hier zu nennen. Ist der starke Blutverlust mit großer Schmerzhaftigkeit verbunden, so gibt man wegen ihrer leicht betäubenden Wirkung Hydrastispräparate, etwa das Präparat von Parke, Davis & Co., oder auch den Liquor Hydrastini Bayer, der sich durch Billigkeit auszeichnet. In manchen Fällen, z. B. bei Bluterinnen, wirkt Gelatine per os nützlich. Ferner ist Chlorcalcium zu nennen. Füth erzielte in manchen Fällen durch Digitalis Erfolg. Auch Eierstockspräparate, z. B. Ovaradentriferrin, könnte man versuchen. Außerdem wären noch sehr heiße oder sehr kühle Sitzbäder anzuwenden, sowie allgemeine hygienisch-diätetische Vorschriften zur Kräftigung der Konstitution. — Es gibt nun Fälle genug, in denen alle diese Mittel versagen; entweder wirken sie nicht intensiv genug, oder es liegt eine anatomische Ursache vor. In diesen Fällen kommen operative Maßnahmen in Frage. Hierher gehört die von Füth empfohlene Punktion der Portio, welche durch Herabsetzung der prämenstruellen Anschoppung das Menstruationsblut verringert. Ferner empfiehlt Verf. zur Stillung von Menorrhagien die Tamponade der Uterushöhle mit Vioformgaze. Allerdings muß man sehr exakt tamponieren und die Tamponade mehrere Tage liegen lassen, selbst wenn dadurch leichte Temperaturerhöhung auftreten sollte. Die eigentliche Operation gegen zu starke Blutungen ist nach Verf. immer noch die Auskratzung des Uterus. Sie liefert zunächst größere Klarheit in ätiologischer Hinsicht. Carcinom läßt sie evtl. ausschließen. Placentarreste, kleine Polypen, besonders, wenn man vorher dilatiert hat, werden erkannt und durch ihre Entfernung Heilung herbeigeführt. Namentlich gelingt es auf diesem Wege, der Endometritis hypertrophica und hyperplastica Herr zu werden. An die Abrasio schließt man hier eine Aetzung mit Chlorzink, Jodtinktur oder Liquor ferri an. — Versagt auch die Auskratzung, so handelt es sich meist um die sogen. Insufficientia uteri (Theilhaber), die man auch Metropathie genannt hat. Früher blieb in derartigen Fällen, wenn die Blutung sehr schlimm war, nur die Totalexstirpation übrig; neuerdings hat sich in derartigen Fällen häufig die Röntgenbestrahlung bewährt; sie bewirkt das Aufhören der Menstruation durch Vernichtung der Eierstocksfunktion. Zu derartigen Maßnahmen, die ein frühzeitiges Klimakterium herbeiführen, wird man nur in den schlimmsten Fällen schreiten, womöglich nur bei älteren Frauen. — Verf. empfiehlt nun eine andere Operation, welche bei Erhaltung der Eierstocksfunktion die Menstruation einschränkt; es ist das die teilweise Wegnahme des Corpus uteri auf vaginalem Wege, die Defundatio uteri. Durch schräge Resektion des Corpus uteri, nahezu extraperitoneal, wird soviel vom Fundus uteri fortgenommen, daß nur noch 2—2½ cm Corpusschleimhaut erhalten bleibt. Die blutende Uterusschleimhaut wird also verkleinert; dadurch wird die übermäßig starke Menstruation eingeschränkt. Nach Verf. muß dieses operative Verfahren ganz unabhängig von der Aetiologie der Blutung seine Wirkung entfalten. Die Defundatio uteri ist für die Frauen so gut wie ungefährlich und rasch und leicht durchführbar. Allerdings hat sie den Nachteil, daß sie die Gebärfähigkeit für immer aufhebt. Dadurch wird ihr Indikationsgebiet begrenzt. Für manche Fälle, z. B. bei Tuberkulose, Herz- und Nierenkrankheiten, ist die Vernichtung der Gebärfähigkeit sogar erwünscht. Im allgemeinen wird man die schräge Resectio corporis uteri in allen Fällen machen, in denen man bis jetzt die Totalexstirpation des Uterus lediglich wegen zu starker Blutung gemacht hat. Auch in mittelschweren Fällen, in denen die Abrasio und die sonstigen Mittel nicht geholfen haben, bei Frauen, die schon mehrere Kinder haben und wo die Arbeitsfähigkeit und Lebensfreude durch die monatlichen Blutverluste leidet, wird man die Defundatio uteri machen dürfen. Findet man bei Beginn der Operation eine andere Ursache der Blutung, die man vorher nicht diagnostiziert hat, so wird man von der Defundation Abstand nehmen und je nach dem Befund operieren, z. B. eine Ovarialcyste fortnehmen usw. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Juni 1913.

Vorsitzender: Herr L. Landau.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Karl Hirsch** stellt ein 11 jähriges Mädchen vor, welches ihm wegen **Schmerzen in der rechten Hüfte** unter dem

Verdacht einer tuberkulösen Coxitis überwiesen worden war. Da bei der Untersuchung, abgesehen von leichtem Hinken, sich nichts ergab, was für tuberkulöse Coxitis sprach, mußte die Diagnose zunächst in suspenso bleiben. Als bei expektativem Verhalten, Ruhe usw. die Schmerzen nicht nachließen, wurde eine Röntgenuntersuchung vorgenommen, welche im Bereich des Beckens einen Fremdkörper, eine Haarnadel, zeigte. Bei der digitalen Untersuchung wurde festgestellt, daß die Nadel in der Ampulla recti lag, in festem Kot eingebettet. Sie konnte leicht entfernt werden. Die Nadel befand sich also mindestens 4 Wochen im Rektum, ohne abzugehen und ohne Stuhlbeschwerden zu machen. Auf welche Weise sie dahin gelangt war, ließ sich nicht feststellen.

Diskussion:

Herr **Rotter** bemerkt dazu, daß auch bei Fissuren des Afters Symptome auftreten, die eine Coxitis vortäuschen und nach Heilung der Fissur verschwinden.

Herr **Fuld** fragt, ob der Fremdkörper nicht etwa verschluckt sein konnte.

Herr **Hirsch** (Schlußwort) hält diese Annahme wegen der Lage der Nadel im Rektum für unwahrscheinlich.

Zur Behandlung der Kniegelenksankylose.
(Mit Demonstration von Lichtbildern.)

Herr **A. Silberstein**: An der vorgestellten Patientin soll gezeigt werden, wie vorteilhaft es ist, bei der Behandlung größerer Funktionsstörungen der Extremitäten den Zustand der Funktionsbehinderung vor der Operation im kinematographischen Bilde zu fixieren.

Es handelt sich um eine 18jährige Patientin, die im Alter von 8 Jahren im Anschluß an eine akute Osteomyelitis des linken Oberschenkels eine Vereiterung des Kniegelenkes bekam. Es wurde seinerzeit eine Eröffnung des Kniegelenkes vorgenommen, insbesondere der äußere Condylus aufgemeißelt. Die Patientin befand sich von Mitte August bis Ende Dezember 1901 im Krankenhause. Sie ist nach der Krankengeschichte als geheilt entlassen worden, nachdem noch mehrfache Operationen zur Beseitigung von Fisteln am Oberschenkel und in der Gegend des linken Kniegelenkes vorgenommen waren. Patientin ist dann während der folgenden 10 Jahre nicht mehr in ärztlicher Behandlung gewesen. Allmählich ist es zu einer Ankylose des linken Kniegelenkes in fast rechtwinkliger Stellung gekommen.

Im Lichtbild zeigt sich nun, wie die rechtwinklige Ankylose des Kniegelenkes trotz Spitzfußstellung außerordentlich die Funktion der linken Extremität beeinträchtigt.

Das Röntgenbild zeigt die Verwachsungen von Ober- und Unterschenkel in fast rechtwinkliger Stellung. S. hat in Lumbalanästhesie am 14. Februar 1912 die Operation vorgenommen, indem er einen breiten Keil heraussägte und dann unter langsamer Streckung des Unterschenkels die aneinandergefügten Schnittflächen durch Bronzedraht vereinigte.

Mit Rücksicht auf die Formation des Unterschenkels hat Vortr., um die Bildung eines Genu recurvatum zu verhindern, Oberschenkel und Unterschenkel so gestellt, daß das distale Ende des Oberschenkels etwas nach vorn geschoben erscheint. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfälle.

Die Gegenüberstellung der vorgestellten Patientin mit dem erreichten günstigen funktionellen Resultat und der vorgeführten Lichtbilder zeigt deutlich den erreichten Erfolg. (Bericht des Vortragenden.)

Dauerernährung mittels der Duodenalsonde.

Herr **Paul Lazarus**: Die Duodenalernährung ist allen anderen künstlichen Ernährungsarten überlegen (rektal, subkutan); sie vermag zuweilen sogar den Kräftezustand in höherem Maße zu heben, als selbst die Ueberernährung auf natürlichem Wege. Vorstellung einer 22jährigen Patientin mit unstillbarem Erbrechen, die vor 10 Wochen an der Inanitionsgrenze (31,6 kg) angelangt war und nach 65tägiger fast ausschließlicher Duodenalernährung um 28 Pfund zugenommen hatte. Auch bei anderen Krankheitszuständen (Hyperemesis gravidarium, Kardialgie, Ulcus ventriculi etc.) hat Vortr. mittels der von ihm modifizierten Einhornschen Sonde gute Erfolge erzielt. Als Indikationsgebiet für die Duodenalernährung bezeichnet L. kachektische Zustände aller Art, Inanition im Gefolge nervöser Erkrankungen, Magenerkrankungen (vor allem das Ulcus), wo eine Immobilisierung des Magens angezeigt ist, vor und nach chirurgischen Eingriffen am Magen, mechanische Hindernisse auf dem Verdauungswege, Schwierigkeiten bei den Ueberernährungskuren (Erbrechen, Widerwille gegen das Essen, Sitophobie). Ferner läßt sich das Verfahren verwenden zu duodenalen Einläufen zur Auswaschung (Gastroduodenalkatarrh), Durchspülung des Organismus bei Vergiftungen aller Art (mit physiologischer Kochsalzlösung oder Natr. bicarbon. bei Acidosis), sowie zur Einverleibung von Arzneien, bei denen man die direkte Zufuhr vermeiden will, z. B. bei Bandwurmkuren, Oelkuren, bei Cholelithiasis etc. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Fr. Kuhn** erinnert daran, daß er bereits 1898 in der Riegelschen Klinik in Gießen eine Spiralsonde für das Duodenum und den Pylorus konstruiert und seinerzeit auch veröffentlicht habe, mit der es gelang, den Pylorus zu überwinden und etwa 30 cm weit das Duodenum zu sondieren.

Herr **Paul Lazarus** (Schlußwort) erwidert, daß die Duodenalsonde von Einhorn und die von ihm angegebene Modifikation auf einem anderen Prinzip beruht als Kuhns Metallspiralensonde.

Tagesordnung:

Die atmosphärische Luft im Abdomen nach Laparotomien.

Herr **Max Cohn** hat durch das Röntgenverfahren nachgewiesen, daß nach Laparotomien mehr oder weniger Luft im Leibe verbleibt. Ist die Bauchwunde bei der Vernähung horizontal gestellt, so ist das Luftquantum gering. Je steiler die Beckenhochlagerung und je klaffender die Wunde gehalten worden war, um so größer die verbleibende Luftmenge. Die Luft verhält sich im Abdomen gemäß ihren physikalischen Eigenschaften: sie steigt vermöge ihrer spezifischen Leichtigkeit an die höchste Stelle. Beim Liegen drückt sie gegen die vordere Bauchwand, beim Stehen gegen das Zwerchfell. Sicher ist, daß die Luftbakterien nicht schaden. Der dynamische Faktor käme als Schädling allein in Betracht (Herz, Atmung, Darmlähmung). Die Luft resorbiert sich in 8—14 Tagen. Die Kliniker müssen sich bewußt sein, daß nicht jede Tympanie auf Meteorismus beruht. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Levy-Dorn** hat ebenfalls wiederholt Luftansammlung im Abdomen röntgenologisch beobachtet. Er betont die Wichtigkeit dieses Phänomens für die Diagnose der Perforationsperitonitis. Man muß in derartigen Fällen die Untersuchung der Patienten bei horizontaler Lage vornehmen. Beim stehenden Patienten muß man darauf achten, daß rechts und links unter dem Zwerchfell sich Luft befindet.

Ueber Abortbehandlung.

Herr **Hammerschlag** nimmt Stellung zu einigen strittigen Fragen in der Abortbehandlung.

1. Behandlung von Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Auf Grund vielfältiger Einzelbeobachtungen und gestützt auf systematische Untersuchungen von Seitz und Fromme warnt H. davor, jede Blutung in den ersten Monaten der Gravidität als das Anzeichen eines Abortes aufzufassen. Es werden diejenigen Fälle charakterisiert, in denen eine expektative Behandlung erfolgversprechend ist, sowie diejenigen bestimmt, in welchen eine Aussicht auf Erhalten der Schwangerschaft nicht vorhanden ist. Zusammenfassend sagt H.: Eine Blutung in den ersten Monaten der Schwangerschaft ist, so lange nicht untrügliche Zeichen für einen Abort vorhanden, besonders nicht ein Abgang von Eiteilen erfolgt oder vitale Indikationen bestehen, zunächst stets im Sinne der Erhaltung der Schwangerschaft zu behandeln.

2. Verhalten des Arztes bei dem Absterben der Frucht. Nach Beschreibung des Verlaufes bei Missed abortion rät H., sich abwartend, aber beobachtend zu verhalten und erst beim Auftreten besonderer Komplikationen aktiv vorzugehen.

3. Behandlung des fieberhaften Abortes. Unter Anführung der Winterschen Forderung eines exspektativen Verhaltens bei Anwesenheit von hämolytischen Streptokokken führt H. die Gründe für und gegen dieses Verfahren auf. Er resumiert, daß die bakteriologische Sekretprüfung noch keine einwandfreien Resultate gezeitigt habe, daß daher vorläufig für den praktischen Arzt von derselben abzusehen sei. Die aktive Behandlung des septischen Abortes soll dagegen so schonend wie möglich ohne Gewebsläsion durchgeführt werden und besteht in folgendem: Vermeidung von Dilatationen, im Notfalle Laminariastift, keine Hegarschen Dilatatoren, präventive Alkoholspülung des Uterus, manuelle Ablösung, keine Kurette, Entfernung der gelösten Teile mit der Abortzange, nicht mit dem Höningschen Handgriff, erneute Alkoholspülung, Sekakornin im Wochenbett.

4. Besprechung der Anwendung der Abortzange. H. hebt hervor, daß die Unglücksfälle bei Anwendung der Abortzange entweder einem falschen Instrument oder einer falschen Technik zuzuschreiben sind. Demonstration der richtigen Technik und des richtigen Instrumentes. Die Abortzange soll nur nach vorhergehender manueller Ablösung und nach intrauteriner Orientierung angewandt werden. Ihr Anwendungsgebiet sind fieberhafte Aborte, übermäßig dicke Bauchdecken, Ausräumung ohne Narkose und Vorhandensein großer, mit dem Finger nicht zerdrückbarer Stücke, z. B. des Kopfes einer größeren Frucht, größerer lederartiger Placentarstücke. (Bericht der Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Gottschalk** stimmt den ersten Thesen des Vortragenden zu. Dagegen ist er beim septischen Abort nicht unbedingt für die abwartende Therapie. Er hat von dem schonenden Eingriff beim fieberhaften Abort nie Schaden gesehen. Er verwendet zur Dilatation des Halskanals, wenn dieser für einen Finger nicht durchgängig ist, den sterilen Laminariastift und räumt mit dem Finger aus, nach vorheriger gründlicher Desinfektion mit 2 Litern einer 1proz. Chlormetakresollösung. Die von Vortr. empfohlene Wintersche Abortzange hält G. für gefährlich, wenigstens in ungeübten Händen. Wo man mit manueller Ausräumung nicht auskommt, hält G. eine schonende Kurettage — unter Kontrolle des tastenden Fingers — für zu-

lässig. In einer ganzen Reihe von septischen Aborten hat G. von der Kurettage der Decidua — nach vorausgeschickter gründlicher Desinfektion und manueller Ausräumung — Nutzen gesehen, indem die Infektion coupiert wurde. Ist bereits Exsudatbildung neben dem Uterus da, so hält G. das exspektative Verhalten für geboten.

Herr **Hammerschlag** (Schlußwort) sucht die von G. gegen die Abortzange vorgebrachten Bedenken zu widerlegen. — Bei frischen parametritischen Exsudaten hält er es ebenfalls für selbstverständlich, daß man nicht aktiv vorgeht. In anderen Fällen, z. B. bei Thrombophlebitiden, bei Allgemeininfektionen, die neben dem septischen Abort bestehen, wo bei Entfernung des primären Herdes die Sepsis ausheilen kann, und bei Peritonitis ist nicht selten ein aktives Vorgehen erforderlich.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Gemeinsam mit der Berliner Gesellschaft für Chirurgie.

Sitzung vom 9. Juni 1913.

Tagesordnung:

Ueber den heutigen Stand der Organtransplantationen.

Herr **Stich** (Göttingen): Auf dem Gebiete der Organtransplantationen besteht wenigstens vorübergehend Stillstand. Vor zwei Jahren wurden Carrels Versuche bekannt. Er trennte ganze Extremitäten vom Körper und transplantierte sie, ersetzt Hundekarotiden durch solche von Kaninchen und Katzen; damals erhoffte man auch Nutzen für die menschliche Chirurgie. Vortr. zeigt Präparate von Arterien des gleichen und des fremden Tieres, die implantiert sind. Er folgte der Carrelschen Methode; die runde Zirkumferenz des Gefäßes wird durch drei Haltefäden in ein gleichseitiges Dreieck verwandelt; so ist die Naht gut ausführbar. Aber auch die einwandfreie Asepsis war von Bedeutung; sie muß hier noch exakter als beim Bauchschnitt sein. Ist die unverletzte Gefäßwand Bakterien gegenüber schon viel empfindlicher als das Bauchfell, so gilt dies noch mehr von der verletzten. Die histologische Untersuchung ergibt, daß bei der homoio- und heteroplastischen Implantation die mikroskopische Einheilung nicht mit der makroskopischen parallel läuft. Die Substitution des Transplantats geht verschieden rasch vonstatten. Daraus folgt, daß die biologische Differenz zwischen zwei artgleichen Tieren verschieden ist.

In den meisten Fällen ist weder homoio- noch heteroplastische Transplantation möglich. Für das Scheitern sind verschiedene Ursachen möglich: primäre toxische Einwirkung auf das transplantierte Organ, die durch das transplantierte, artfremde Eiweiß hervorgerufene Antikörperbildung und der Mangel an bestimmten Stoffen, die dem Tiere eigen sind, von dem das Transplantat stammt.

Bei der Niere führte Ullmann die erste Autotransplantation mit vorübergehendem Erfolge aus. Erst Carrel hatte Dauererfolge; er entfernte einer Hündin beide Nieren und transplantierte eine. Das Tier überlebte diesen Eingriff um 2½ Jahre, warf Junge und endete an Ileus. Die Niere war mikro- und makroskopisch völlig intakt.

Beim Menschen kommt autoplastische Transplantation kaum in Frage. Eine homöoplastische Transplantation Carrels hatte vorübergehenden Erfolg. Er entfernte einer Katze beide Nieren und pflanzte ihr eine andere Katzenniere ein; das Tier verendete nach 3 Monaten; die Niere war hochgradig verändert.

Die heteroplastische Transplantation verlief erfolglos. Das Resultat war jedesmal rasch eintretende Nekrose. Bei den Nebennieren war Transplantation vermittelst der Gefäßnaht unmöglich. Die Versuche der Autotransplantation der Schilddrüse hatten ein gutes funktionelles Resultat; dagegen fielen die Versuche mit homöoplastischer Transplantation ergebnislos aus. Bei der Milz wurde die homoioplastische Ueberpflanzung nicht versucht; die autoplastische gelang zweimal.

Die Milz erscheint besonders geeignet zur Lösung der Frage, ob man mit homoioplastischem Material weiter kommt.

Die Transplantation von Herz und Lungen hat rein theoretisches Interesse. Eine Transplantation von Darmteilen ist weder homoio- noch heteroplastisch gelungen. Hautstücke wurden von Carrel erfolgreich überpflanzt.

Alle Bemühungen, die Resultate der homoioplastischen Transplantation zu verbessern, sind bisher gescheitert.

Diskussion:

Herr **Vallentin** hat an Hunden und Kaninchen das Schicksal des transplantierten Gewebes verfolgt; er transplantierte die Fascia lata in das Bauchfell. In den ersten Tagen sah die Stelle ödematös aus und war mit Leukocyten durchsetzt. Später unterschied sich die Stelle nur noch durch den Kernreichtum. Nach 26 Tagen war bei Autotransplantation kaum ein Unterschied bemerkbar, während die Zeitdauer bei der homoioplastischen eine längere war.

Herr **Unger** zeigt transplantierte Nieren und macht auf ein interessantes Phänomen aufmerksam. Wenn man die resezierte Vena cava eines Hundes einem Schwein einpflanzt, so gerinnt das Blut an der Berührungsstelle. Dies wird nur an Venen, nie an Arterien beobachtet. Er stellt einen Kranken vor, bei dem er wegen Aneurysma popliteae den betreffenden Teil entfernt und die Vena saphena mit gutem funktionellen Resultate eingepflanzt hat.

Herr **Rosenstein**: Die Mißerfolge bei der Nierentransplantation beruhen wohl auf der horizontalen Körperlage und der Unruhe der Tiere während der Operation; dadurch kommen Gefäßabknickungen zustande.

Herr **Stich** (Schlußwort) betont demgegenüber, daß die Mißerfolge in biochemischen Verhältnissen zu suchen sind.

Pädiatrische Sektion.

Außerordentliche Sitzung vom 10. Juni 1913.

Vorsitzender: Herr Erich Müller.

Tagesordnung:

Zur Behandlung und Klinik der Lues congenita.

Herr **Erich Müller**: Das Urteil über die therapeutischen Resultate hinsichtlich der hereditären Syphilis hängt von dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion ab, denn die manifesten Symptome verschwinden sehr schnell und bieten später keine Handhabe für die Kritik. Leichte Symptome der Lues können zudem auch ohne Behandlung zurückgehen. Vortr. hat die eine Gruppe seiner Fälle nur mit Hg, die zweite nur mit Salvarsan behandelt und bei der dritten beides neuerdings kombiniert. Die Hg-Behandlung bestand teils in Schmierkuren mit Ung. hydrarg. ciner., teils in Inhalationen nach Welander, teils in Sublimatinjektionen, Hydrarg. salicyl. und Hydrarg. jodat. Die Salvarsanbehandlung verlief zunächst unerfreulich wegen der Abszesse und Nekrosen nach den intramuskulären Injektionen. Erst seit der Anwendung der intravenösen Methode bei starker Konzentration (Fehde) war sie praktisch durchführbar. Vortr. gab 0,1 g Salvarsan bezw. 0,15 g Neosalvarsan in 2 ccm Kochsalzlösung in die Schädelvene; zwei Injektionen innerhalb 14 Tagen bedeuten eine Kur; es kommen 0,015 g Neosalvarsan pro Kilo Körpergewicht; sie wurden sehr gut vertragen. Vortr. sah bis jetzt keine Komplikationen.

In der kombinierten Methode gab er neben der Inunktionskur zwei Neosalvarsaninjektionen; auch diese intensive Kur wird gut vertragen. Nach 2 bis 3 Monaten wird die Kur wiederholt; kurz vor und 4 Wochen nach der Kur wurde die Wassermannsche Reaktion geprüft. Nun hat Noeggerath ein klinisches Bild der Salvarsanbehandlung beim Säugling aufgestellt; er unterscheidet vier Stadien. Vortr. kann das nicht bestätigen. Frühsymptome (Herxheimer) sah er zuweilen, Exantheme wenige Stunden bis einen Tag nach der Injektion; sie verschwanden schnell ohne bleibende Störungen. Sonst verläuft die Einwirkung des Salvarsans auf die Symptome der Lues genau ebenso wie bei den Hg-Kindern.

Tritt die kongenitale Syphilis sehr schwer auf, so ist das ein Hineinragen fötaler Lues ins Säuglingsalter (Heubner). Nur einmal sah hier Vortr. einen Todesfall, und zwar sehr schnell, eintreten. In einer zweiten Gruppe fanden sich die meisten Todesfälle, und zwar infolge von parenteraler Infektion, Furunkulose, Hautinfektion, Grippe, Pneumonie, Nasendiphtherie, besonders aber Keuchhusten. Unter 16 solcher Kinder starben 11, d. h. 70 pCt.; die Gesamtmortalität betrug 28,5 pCt.; die kongenitalsyphilitischen Säuglinge sind eben weniger resistent. Aber auch die elendesten werden aufgenommen. Die dritte Gruppe zeigt sehr bald gar keine klinischen Erscheinungen mehr; zuerst schwinden die Exantheme, später Milz- und Drüsentumoren; am schwersten sind die Erscheinungen im Nasenrachenraume. Mehrfach bildeten sich Sattelnasen. Hautrezidive gab es nach der zweiten Kur nicht mehr. Nervöse Symptome waren selten, außer leichtem Hydrocephalus, der eine schlechte geistige Prognose gibt.

Vortr. gab soviel Kuren. bis die Wassermannsche Reaktion negativ wurde; bis zu 7 Kuren waren nötig. Die Salvarsan-Kinder reagierten eher noch schlechter als die Hg-Kinder; daher kombiniert Vortr. seit kurzer Zeit.

Die geistige Entwicklung dieser Kinder verfolgte Vortr. bis ins 3. Lebensjahr; er unterscheidet 1. geistig normale, 2. leicht, 3. stark geistig herabgesetzte Kinder, 4. reine Idioten! zusammen waren es 53 Kinder; das Resultat ist sehr ungünstig. Nur ein Drittel ist geistig normal.

Diskussion:

Herr **Niemann** sah im Verlaufe einer Neosalvarsankur (0,15) schweren Ikterus, Lebertumor und Neigung zu Kollapsen mit spontaner Heilung. Vielleicht liegt hier As-Wirkung vor.

Tuberkulose des weichen Gaumens.

Herr **O. Herbst**: Der 13 jährige Junge litt früher an Tränensacktuberkulose; die Radikaloperation führte zu Ausheilung. Im Rachen fing das Leiden an der Uvula an; sie ist fast völlig zerstört; die Umgebung im Velum ist mit Knötchen besetzt; die Wucherungen sind nicht groß, ab und zu gelblicher, eitriger Schleim sichtbar. Wassermann negativ. Kalomelbestäubung und Jodkali vertrug Pat. nicht; er bekam Stomatitis. Vielleicht ist es eine sekundäre Infektion durch das Tränensekret, das im Schlaf herunterrieselte. Therapeutisch ist Milchsäure in Aussicht genommen.

Fall von Mongolismus.

Herr **O. Herbst:** Der Säugling zeigt Brachycephalie, tiefliegende Backen; die Muskeln sind turgorlos, Augen schiefgestellt. Weniger häufig ist nur die Deformität des Thorax, die sich hier in den ersten 14 Tagen offenbart hat. Nach Kassowitz ist das keine Rachitis. Auffallend ist die Weichheit und die Lage an den knorpeligen Rippenteilen. Die Knochen dieses Kindes sind dagegen fest. Die Schädelnähte sind sehr weit; ohne pergamentartigen Uebergang sind sofort die harten Ränder der Schädelknochen fühlbar.

Diskussion:

Herr **Buttermilch** hat diese Deformität selten bei mongoloiden Kindern vermißt.

Zur Behandlung der Rachitis auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen.

Herr **E. Schloss:** Wie kann man den Stoffwechsel bei Rachitis beeinflussen? Lebertran beeinflußt den Stoffwechsel von Ca und P spezifisch; zusammen mit Ca-Salzen ihn zu geben ist nach Schaper die beste Methode der Behandlung. Seine Beweise sind aber ungenügend, unsere bisherigen Kenntnisse über dieses Thema noch sehr unsicher.

Daher stellte Vortr. Stoffwechselversuche an bei Kindern, die bei natürlicher Ernährung rachitisch geworden sind und nachher behandelt wurden. In der ersten Versuchsreihe findet sich fast der ganze Nahrungskalk im Kot wieder; auch die P-Bilanz ist schlecht. Als Vortr. Phosphorlebertran zweimal 15 ccm gab, wurde die Kalkbilanz verschlechtert; das findet sich noch bei zwei anderen Versuchen; ein Zufall ist ausgeschlossen. Als aber noch Calcium aceticum 0,5 pro die zugesetzt wird, wird die Retention enorm gebessert; nach dem Aussetzen der Ca-Medikation wird die Retention niedrig. Aehnlich wirkt Ca auf den P-Stoffwechsel.

In der zweiten Versuchsreihe hat das Kind noch leidliche Retentionsverhältnisse; es erhielt zuerst Ca, dann Lebertran. Der Einfluß des Ca allein war gering; als Lebertran gegeben wird, steigt die Ca-Retention stark an. Das spricht deutlich für den Einfluß der Kombination und die Wirkungslosigkeit der einzelnen Komponenten. Die anorganischen P-Salze waren wirkungslos.

Nach organischen Mitteln, caseonphosphorsaurem Calcium und Plasmon resultiert enorme Verbesserung der Retention von Ca und P; sie ist stärker als nach Ca+P-Lebertran.

In der dritten Versuchsreihe — klinisch deutliche Rachitis mit leidlich guter Ca- und P-Bilanz (unter der Norm) — setzt P-Lebertran die Ca- und P-Bilanz noch weiter herab als bisher. Ueberraschend wirkt die Zulage von Calcium phosphoricum; es ergibt sich starke Verbesserung der Ca- und P-Bilanz. Auch Plasmonzusatz bewirkt eine deutliche Verbesserung. Auch nach dem Aussetzen des Lebertrans sinkt die Bilanz nicht. Es empfiehlt sich also beim natürlich ernährten Kinde die Kombination von Phosphorlebertran mit Calcium.

Die klinische Besserung war auffallend. Die Trägheit schwand, das Kind hob den Kopf, die Erweichungen gingen zurück.

Diskussion:

Herr **Baginsky:** Kassowitz lehnte einst Kalksalze strikte ab.

Herr **Schloss** (Schlußwort): Im Tierversuch ist die bedeutende Einwirkung von Ca-Gaben sichtbar, beim Menschen nicht.

Zur Sonnenbestrahlung der chirurgischen Tuberkulose.

Herr **P. Glaessner:** Ungeahnte Erfolge erreichte die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Sonnenbestrahlung im Hochgebirge; das ist von den radikalsten Chirurgen anerkannt. Auch in geringeren Höhen hat man Erfolge erzielt. Das ist angesichts des großen Anteils der chirurgischen Tuberkulose unter dem chirurgischen Material von Bedeutung. Daher wurden Vortragendem aus dem Waisenhause zahlreiche Kinder zur Behandlung überwiesen. Wir haben hier keine leichte, dünne Gebirgluft; auch die Sonnenstrahlen sind qualitativ verschieden; die ultravioletten sind schwächer. Trotzdem haben sich gute Ergebnisse eingestellt. Die Kinder kamen Ende April in den Betten auf die Liegehalle, morgens von 10 Uhr bis 5 Uhr, später bis 7 Uhr nachmittags in die Sonne. Zunächst wurden die Bestrahlungen der Füße dreimal täglich 15 Minuten, später die der Unterschenkel 10 Minuten außerdem vorgenommen, bis es ein volles Sonnenbad war. Die Kinder wurden, mit Badehosen bekleidet, in die Sonne gelegt, der Kopf mit Stroh- oder Leinenhut geschützt. So wurden 25 Sonnentage ausgenutzt. Die Allgemeinwirkung war immer gut. Nur einmal folgte starke Erregung, die sich aber das nächste Mal nicht wiederholte. Der Appetit nahm nicht zu, das Gewicht eher etwas ab, denn die Kinder lagen dauernd ruhig; die Stimmung war gut, die Erholung sichtlich; die Pigmentierung der Haut fiel verschieden stark aus. Die Drüsenschwellungen gingen bald zurück, die Abszesse dickten sich ein oder ließen Fisteln mit dünnem Sekret zurück, die sich bald schlossen. Die extendierten Gelenke zeigten Besserung der Funktion. Die Muskulatur entwickelte sich prachtvoll.

Die Sonnenstrahlen sind ein wichtiger Heilfaktor. Natürlich muß immer individualisiert, z. B. auch mal die Hoffasche ambulante Behandlung angewandt werden.

Es folgt die Demonstration von mit Sonnenbestrahlung behandelten Fällen: Kniegelenksfungus, Halsdrüsentuberkulose, stark sezernierende Fistel eines schlotternden Kniegelenks, Coxitis, Spondylitis, Achseldrüsentuberkulose.

Diskussion:

Herr **Baginsky** betonte schon vor Jahren, daß die Kinder mit chirurgischer Tuberkulose an die See kommen sollten; Calot kam ganz von Operationen ab und behandelt mit Injektionen und Seeklima; Rolliet läßt nur die Sonne wirken. Es wird eben viel zu viel operiert. Bei der Sonnenwirkung spielt wohl auch die Luft eine Rolle.

Herr **Finkelstein** hat mit Röntgenstrahlen bei Drüsentuberkulose wenig erzielt.

Herr **Buttermilch** hat die Quarzlampe als Ersatz für die Sonne benutzt, vermißte aber bei der Kürze der Zeit eine besondere Wirkung.

Herr **Ritter** empfiehlt die Sonnenbehandlung nicht bloß für Tuberkulose, sondern überhaupt für alle Schwächezustände.

Herr **Glaessner** (Schlußwort): Zur Heilung der Coxitis sind 3 bis 4, zur Heilung der Spondylitis 4 bis 5 Jahre nötig; Menard sucht diese Zeit durch Operation abzukürzen, Calot wartet ab. Iselin hatte mit Röntgenstrahlen gute Erfolge; doch sind Verbrennungen und Wachstumsstörungen zu fürchten. Die Erfahrungen mit der Quarzlampe sind spärlich. Wir werden nicht immer um das Wasser herumkommen, z. B. bei sozialen Indikationen, wenn Proletarierkinder ihre Umgebung gefährden.

Der Einfluß des Fettes auf den Stoffwechsel bei molkenarmer und molkenreicher Nahrung.

Herr **H. Gifíhorn** wählte zum Ausgangspunkt seiner Untersuchungen 2 Teile Milch und 5 Teile Verdünnungsflüssigkeit, welche durch Zusatz von Eiweiß und Kohlehydraten modifiziert wurde. Zuerst gab er Magermilch mit destilliertem Wasser; das ist eine molkenarme Nahrung mit 0,05 pCt. Fettgehalt; ferner gab er einen Zusatz von Milch und Sahne, d. h. Fettgehalt von 3 pCt., schließlich durch vorwiegenden Sahnezusatz 5 pCt. Zu den molkenreichen Gemischen wurde destillierte Molke gegeben, einmal mit 0,3 pCt., einmal mit 3 pCt. Fettgehalt.

Die Versuchsperiode folgte einer Vorperiode von 3 Tagen. Geprüft wurden immer 3 Kinder.

Danach ist die Fettausscheidung bei fettarmen Gemischen sehr hoch; die Ursache beruht auf der Fettausscheidung durch die Darmwand, die bei jeder Nahrung gleich ist, bei fettarmer Nahrung stärker erscheint. Größere Fettzulage wird gut resorbiert, sowohl bei molkenarmer wie -reicher Nahrung ist ein günstiger Einfluß des Fettes auf den N-, P- und Mg-Stoffwechsel zu erkennen, bei Mg nur bei molkenarmer Nahrung sichtbar. Der Einfluß des Fettes auf den Kalkstoffwechsel ist nicht eindeutig. Er ist aber gering gegenüber dem günstigen Einfluß auf den Stoffwechsel der übrigen Körper. Da diese am Zellaufbau beteiligt sind, so ist zu schließen, daß Fett den Gewebeaufbau begünstigt. Eine Besserung durch molkenreiche Nahrung ist nicht zu erkennen.

Venektasien mit konstitutionellen Eigentümlichkeiten.

Herr **O. Herbst:** Der 10jährige Knabe bietet nervöse Erscheinungen dar: Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Anfälle von Abasie und Astasie, die am folgenden Tage weg sind, und Schwäche des linken Armes. An der rechten Brustseite sind Phlebektasien sichtbar, die sich bei Muskelbewegungen verstärken. Kein Herzfehler. Vielleicht liegt eine Veränderung der Venenwand, kongenitale Hypoplasie, vor. Aber Lues ist nicht nachweisbar. Dazu kommen die Nervenstörungen, Parasigmatismus; der linke Arm ist 1½ cm dünner und 1 cm kürzer als der rechte. Für ein Kind des Berliner Ostens hat er sehr starke Muskulatur. Nun gibt es einen Typus von kräftiger Muskulatur bei warmer, trockener Haut und starkem Hautvenensystem (Delacarpe [Schweiz]). Bei Status thymolymphaticus ist ebenfalls sehr häufig starke Muskulatur gefunden worden.

Völlig erklärbar ist der Fall nicht. Mode.

---

30. Deutscher Kongress für innere Medizin

zu Wiesbaden vom 15. bis 18. April 1913.

Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

Sitzung vom Mittwoch, den 16. April 1913.

(Fortsetzung.)

Herren **Morawitz** und **Zahn** (Freiburg): **Untersuchungen über den Koronarkreislauf.**

Ueber die Physiologie der Koronargefäße, besonders auch über den Einfluß arzneilicher Einwirkungen auf dieses so wichtige Gefäßgebiet ist noch wenig Sicheres bekannt, denn es war bisher nicht möglich (wegen der großen technischen Schwierigkeiten), Versuche an den Kranzgefäßen lebender Tiere vorzunehmen. Alles, was man bisher wußte, erstreckte sich auf das Verhalten dieser Gefäße an herausgenommenen überlebenden Herzen. Die dort gewonnenen Erfahrungen entsprachen nur sehr unvollständig

den Vorstellungen, die man sich am Krankenbette über dieses Gefäßgebiet gebildet hatte. Es erschien daher notwendig, an Herzen zu experimentieren, die sich in nervöser Verbindung mit dem Zentralnervensystem befinden, also am lebenden Tier. Solche Versuche waren bisher wegen der verborgenen Lage jenes Gefäßgebietes als aussichtslos nicht in Angriff genommen worden.

Die Vortragenden beschreiben ein Verfahren, mit dessen Hilfe es gelingt, am lebenden, narkotisierten Tier alles den Herzmuskel durchströmende Blut aufzufangen und zu messen.

Eine besonders starke Wirkung auf die Gefäße des Herzens kommt dem Nikotin zu. Es zieht die Gefäße erst stark zusammen und lähmt sie später. Damit gewinnt man für das relativ häufige Vorkommen von Erkrankungen dieses Gefäßgebietes bei starken Rauchern eine neue Grundlage des Verständnisses. Erweiternd wirken besonders die Nitrite, z. B. das Nitroglyzerin, ferner das Koffein und ähnliche Körper. Eine enorme Verbesserung der Herzdurchblutung ruft auch das Adrenalin hervor, das viele andere Gefäßgebiete stark verengt, die Herzgefäße aber erweitert.

Die neue Methode scheint geeignet zu sein, eine sichere experimentelle Grundlage für viele Fragen zu bieten, die sich bei der Beobachtung der so häufigen und wichtigen Erkrankungen der Kranzgefäße des menschlichen Herzens ergeben.

Herr **Quincke** (Frankfurt): **Ueber den Blutstrom im Aortenbogen.**

Quincke untersuchte an Leichen die Strömung in der Carotis dextra und sinistra; er fand dieselben beiderseits gleich. Eine reichlichere Blutversorgung der linken Hirnhälfte kann also weder für die Erklärung der Rechtshändigkeit der Menschen, noch für die größere Häufigkeit der linksseitigen embolischen Hirnerweichung herangezogen werden. In Uebereinstimmung mit letzterer Tatsache gelangten in Qu.s Versuchen suspendierte feste Körper mit dem Flüssigkeitsstrom häufiger in die linke als in die rechte Karotis; das muß auf dem asymmetrischen Abgang der Zweige des Aortenbogens beruhen.

Herr **Gerhardt** (Würzburg): **Zur Lehre von der Dilatation des Herzens.**

G. teilt einige Beobachtungen mit, welche dafür sprechen, daß die herkömmliche Unterscheidung zweier Formen von Herzerweiterung (einer rein kompensatorischen und einer infolge von Ueberanstrengung) in dieser Schärfe nicht zu Recht besteht.

Ferner bespricht er die Beziehungen zwischen Erweiterung der Vorhöfe und Unregelmäßigkeit des Pulses.

Herr **Bruns** (Marburg): **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der akuten Herzermüdung und Dilatation.**

Es kam darauf an, die Vorgänge und Veränderungen zu studieren, wie sie am gesunden Herzen als Folge hochgradiger körperlicher, z. B. sportlicher, Anstrengung eintreten können.

Dabei stellte sich im Tierversuch heraus, daß sehr starke und sehr lang anhaltende Anstrengungen des Herzens, bei dem einen früher, bei dem anderen später, zu einer in vielen Fällen irreparablen Herzschädigung führen. Diese besteht in einer Herzerweiterung und Abnahme der Pumpkraft des Herzmuskels. Die letztere ist nicht die Ursache der Herzerweiterung. Es führt vielmehr die durch die Anstrengung bedingte Herzschädigung zu einer Abnahme der Elastizität des Herzmuskels bezw. zu einer erheblichen elastischen Nachdehnung dieses muskulösen Organs.

Diskussion:

Herr **Schott** (Nauheim): Durch die Untersuchungen von Gerhardt und Bruns werden die Versuche von A. Schott auf glänzendste bestätigt, nach denen bei gesunden Menschen durch anstrengende Ringversuche eine Dehnung des Herzens entstehen kann. A. Schott hob auch als der Erste die Unterschiede zwischen kompensatorischer und dilatatorischer Hypertrophie hervor. Er bezog den Ausdruck nur auf größere Herzfüllung bei Aortenfehlern im Verhältnis zur Ausdehnung.

Herr **Hering** (Prag) würdigt das Verdienst von Schott, die Begriffe der Stauungsdilatation und kompensatorischen Dilatation scharf getrennt zu haben. Mit ersterer wird gewöhnlich der Begriff der Herzschwäche verbunden. Hering schlägt jedoch für den Ausdruck Stauungsdilatation vor: inkompensatorische Dilatation.

Herr **Moritz** (Königsberg): Das diastolische Herzvolumen kann im Bereiche der Norm einem beständigen Wechsel unterworfen sein. Das wirksame Moment ist hierbei die Füllung. Dem gegenüber stehen Veränderungen der Herzgröße, welche durch Erkrankungen des Muskels verursacht werden, sogen. myogene Dilatationen oder Stauungsdilatationen im Sinne von Schott. Wenn der Herzmuskel gezwungen wird, sich gegen einen höheren Aortendruck zu entleeren, dann nimmt sein diastolisches Volumen zu. Der erweiterte Herzmuskel ist dann imstande, eine größere Kraft zu entwickeln, ähnlich wie ein stark gedehntes Gummiband sich auch kräftiger zusammenzuziehen vermag. Im Gegensatz zu Schott hat Moritz selbst bei maximalster Anstrengung bei Gesunden niemals eine Herzdilatation gesehen, sondern nur bei Kranken. Das Herz verkleinert sich vielmehr bei anstrengender Arbeit, wenn es diese gut verträgt.

Herr **de la Camp** (Freiburg): Untersuchungen beim Skiwettlaufen auf dem Feldberg zeigten interessanterweise beim Sieger absolut kein vergrößertes, im Gegenteil ein verkleinertes Herz und keine Veränderung in der Pulsamplitude, dagegen die maximalste Steigerung des Blutdruckes. Alle anderen Läufer hatten verminderten systolischen und diastolischen Blutdruck. Je später der Fahrer am Ziel ankam, desto ausgesprochener waren Herzdilatationen und sonstige Störungen im Kompensationsmechanismus. Fast alle Fahrer wiesen eine mehr oder weniger starke Albuminurie auf, die stärkste der Sieger unter Ausschwemmung von zahlreichen Zylindern.

Herr **E. Mosler** (Berlin): **Der Atemstillstand in tiefer Inspirationsstellung, ein Versuch zur Beurteilung der Kreislauffunktion.**

Der Vortragende mißt 5 Minuten lang am Riva-Roccischen Apparat oder an dem von ihm empfohlenen Metallmanometer „Tykos" den Blutdruck. Dann läßt er langsam und so tief als möglich inspirieren und den Atem auf der Höhe der Inspiration 25 Sekunden lang anhalten. Sodann müssen die Patienten wieder gewöhnlich atmen. Nach Beendigung der Atempause notiert M. nun den Blutdruck von Minute zu Minute. Bei diesem Verfahren unterscheidet er folgende Gruppen:

1. Der Blutdruck bleibt nach dem Versuch unverändert: bei allen gesunden und denjenigen kranken Herzen, die noch als gut leistungsfähig anzusprechen sind.

2. Der Blutdruck ist beträchtlich gestiegen: bei den gut leistungsfähigen hypertrophischen Herzen.

3. Der Blutdruck ist gefallen: bei nicht mehr leistungsfähigen Herzen mit und ohne erhöhten Blutdruck.

4. Der Blutdruck steigt anfangs, fällt dann, um erst allmählich zur Norm zurückzukehren: Grenzfälle zwischen Gruppe 2 und 3.

Der Vortr. bespricht eingehend die physikalischen und physiologischen Bedingungen seines Versuches und setzt auseinander, weshalb er sich berechtigt glaubt, das psychogene Moment vernachlässigen zu dürfen.

Herr **Strubell** (Dresden): **Der Einfluß der Leibesübungen auf das Elektrokardiogramm und die Funktion des Herzens.**

St. hat als der Erste mit der Elektrokardiographie die Teilnehmer eines sportlichen Ereignisses aufgenommen, und zwar waren es Schwimmer bei einer Schwimmkonkurrenz am 14. März 1909 zu Dresden. Ueber diese Versuche hat St. bereits auf dem Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden 1909 berichtet. Nun hat er seine Untersuchungen auch auf Skifahrer, Ringer und Sportsleute anderer Gattung ausgedehnt. Im allgemeinen erhellt auch durch diese Untersuchungen der günstige Einfluß der rationell betriebenen Leibesübungen auf die Herzfunktion. Dagegen müssen alle Uebertreibungen, die infolge von starken Arteriendrucksteigerungen und übergroßer Herzanstrengung das Herz überdehnen, ganz entschieden als schädlich bezeichnet werden. So ist z. B. der Ringsport, wenigstens in der Form, wie ihn die Berufsringer treiben, entschieden als ungünstig für das Herz zu betrachten, trotz der damit verbundenen hochgradigen Stärkung der Muskulatur. Diese Ringer sterben denn auch jung, meist vor dem 40. Jahre. Günstig können nur diejenigen Sportzweige auf das Herz wirken, welche ohne allzu große Steigerung der Widerstände das Herz allmählich durch die gesteigerte Arbeit stärken, so z. B. der Skisport. Hier sollten freilich die einzelnen Sportsleute womöglich klinisch und elektrokardiographisch überwacht werden, um Schädigungen hintanzuhalten, wie sie eine übertriebene Betätigung, zu hohes Alter oder latent bestehende Kreislaufstörungen mit sich bringen.

Herren **Ganter** (Tübingen) und **Zahn** (Heidelberg): **Ueber das Elektrokardiogramm des Vorhofes bei normotroper und heterotroper Automatie.**

Es ließ sich feststellen, daß bei Entstehung der Herzreize an der normalen Stelle (Sinusknoten) der Aktionsstrom des Vorhofes sich im wesentlichen als eine einfache positive Zacke darstellt. Verliert der Sinusknoten die Führung des Herzens, was im Experiment durch Ausschaltung dieser Gegend mittels Kälte oder Exzision herbeizuführen ist, so tritt, was schon in früheren Versuchen bewiesen werden konnte, der Atrioventrikularknoten an seine Stelle. Die Aenderung des Reizentstehungsortes dokumentiert sich nun auch im Verlauf des Vorhofsaktionsstromes, indem bei ihm zunächst eine ausgesprochene negative Zacke auftritt, die bei der üblichen Ableitung meist allein die Vorhofsaktion anzeigt. Diese typische Aenderung findet sich auch in denjenigen Fällen, bei denen nach Ausschaltung des Sinusknotens der Vorhof vor den Kammern schlägt. Es ließ sich mit Sicherheit feststellen, daß unter diesen Verhältnissen der Herzreiz von den obersten Ausläufern des Atrioventrikularknotens (Gegend der Einmündungsstelle der Koronarvenen) ausgeht. Denn durch Abkühlung auch dieses Teiles des Atrioventrikularknotens werden die Vorhöfe zum Stillstand gebracht, während die Kammern in langsamerem Rhythmus evtl. weiterschlagen. Es wird aus diesem Verhalten der Schluß gezogen, daß in den Vorhöfen des Säugerherzens nur 2 Gebiete zur Bildung von regelmäßigen Herzreizen be-

fähigt sind: der Sinusknoten und die verschiedenen Teile des Atrioventrikularknotens.

Wird bei der üblichen Ableitung beim Menschen eine negative Vorhofszacke im Elektrokardiogramm gefunden, so kann daraus geschlossen werden, daß die Reizentstehung im obersten Teile des Atrioventrikularknotens stattfindet.

Ein unter pathologischen Verhältnissen auch beim Menschen beobachtetes Auftreten von Herzjagen (Tachykardie) konnte im Tierversuch an Katzen herbeigeführt und näher analysiert werden. Es zeigte sich dabei ebenfalls eine negative Vorhofszacke und die Kühlung der obersten Atrioventrikularknotenabschnitte brachte die Tachykardie zum Verschwinden. Damit ist bewiesen, daß diejenigen Tachykardien, die mit negativer Vorhofszacke im Elektrokardiogramm verlaufen, vom obersten Teil des Atrioventrikularknotens ihren Ausgang nehmen.

Herr **Bittorf** (Breslau): **Ueber das Elektroangiogramm.**

Die lange strittige Frage nach der Mitbeteiligung der Schlagadern an der Blutbewegung wurde durch Ableitung elektrischer Ströme von denselben mit Hilfe des sogen. Saitengalvanometers zu lösen gesucht.

Es gelang, beim Menschen unter gewissen Bedingungen derartige Ströme von der Körperoberfläche (Bein) abzulenken. Noch leichter ist der Nachweis des Auftretens elektrischer Ströme bei jedem Puls an der freigelegten Schlagader von Tieren (Kaninchen, Hunden). Es ließ sich ferner zeigen, daß diese Strömung durch die direkte pulsatorische Dehnung der Gefäßmuskeln erzeugt wird, während das Herz-Gefäß-Nervensystem keinen Einfluß auf ihre Entstehung zu haben scheint.

Diskussion zu den Vorträgen Mosler-Bittorf.

Herr **Volhard** (Mannheim).

Herr **v. Bergmann** (Hamburg-Altona): Bei der dynamischen Betrachtungsweise des Pulses bekommt man keinen Aufschluß über Zentren und Peripherie getrennt, sondern nur über die Resultate. Auf Grund derselben kann man trotzdem mit Sicherheit sagen, daß zu einem bestimmten Zeitpunkt der Puls besser oder schlechter wird und hat auf diese Art objektive Anhaltspunkte für die Beurteilung der Einwirkung medikamentöser und hydrotherapeutischer Eingriffe.

Herr **Christen** (Bern) begrüßt die ausführliche Nachprüfung seiner dynamischen Kreislaufdiagnostik. Die Richtigkeit seiner Messungen hat er neuerdings durch einen versenkten künstlichen Puls studieren können, wobei sich wieder die völlige Unabhängigkeit der Resultate von der Dicke der Weichteile ergab. Eine neue Tabelle ermöglicht die direkte Ablesung des Untersuchungsergebnisses ohne vorhergehende Multiplikation.

Herr **Hering** (Prag) weist auf seinen Erklärungsversuch des Elektroangiogramms hin.

Herr **Riehl** (Prag) konnte in einem Falle von andauernder Vorhoftachysystolie eine deutliche Verkürzung des Intervalls Vorhof-Systole-Ventrikel-Systole nachweisen. Angesichts des Verhaltens des Elektrokardiogramms schloß R. auf heterotope Reizbildung.

(Fortsetzung folgt.)

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **Goldmann** (Freiburg): **Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Plex. chorioid. und der Hirnhäute.**

Angeregt durch die Erfahrungen, die G. mit seiner Methode der Vitalfärbung an der Placenta gesammelt, hat er analoge Versuche für das Zentralnervensystem unternommen. Hierbei hat er feststellen können, daß bei Tieren, bei denen die vitale Färbung durch mehrfache Farbstoffinjektionen in die Höhe getrieben worden ist, die Cerebrospinalflüssigkeit ähnlich dem Fruchtwasser ungefärbt bleibt, trotzdem alle sonstigen Körperflüssigkeiten, wie Harn, Galle, Milch, ja selbst das Kammerwasser gefärbt sind. Desgleichen hat er Färbungen am Zentralnervensystem, wie am Fötus vermißt, wenngleich alle sonstigen Organe des betreffenden Tieres in stärkerem oder geringerem Grade tingiert waren. Nur in einer einzigen Stelle des Zentralnervensystems wird der Farbstoff nach subkutaner oder intravenöser Injektion gespeichert, und zwar in der Epithelzelle der Plexus choroidei. Dabei kommt es zu einer vitalen Färbung der für die Plexuszelle so charakteristischen Protoplasmagranula. Einen Uebertritt gefärbter Granula in die Cerebrospinalflüssigkeit hat G. nie beobachtet. Von dieser Tatsache ausgehend, hat er es unternommen, zwei Fragen genauer zu prüfen:

1. ob dem Plexusepithel eine sekretorische Fähigkeit zukommt;

2. ob die Plexus chorioidei, wie die Placenta den Fötus, als eine physiologische Ganzmembran das Zentralnervensystem vor einem Uebertritt des Farbstoffes schützen.

Bezüglich des ersten Punktes haben ihm Untersuchungen am fötalen Nervensystem eindeutige Resultate für das Sekretionsvermögen der Plexuszellen gegeben. Wiederum ist die Plexuszelle die einzige des Zentralnervensystems, die Glykogen im fötalen Leben intracellulär beherbergt. Sie sezerniert das Glykogen in Form von Kugeln und Tropfen in die Ventrikelflüssigkeit. Von hier aus wird das Glykogen in die intraarachnoidealen Räume bezw. in das Zentralnervensystem geschwemmt, wo es an Stellen lebhafter Zellentätigkeit in größeren Depots abgelagert wird.

Zur Prüfung der Frage nach der Funktion der Plexus im Sinne einer „Ganzmembran" hat G. zunächst die pharmakodynamische Wirkung seiner Farben geprüft, je nachdem sie von der Blutbahn oder dem Lumbalsack dem Nervensystem zugeführt werden. Hierbei ergab sich folgendes:

Ein Kaninchen verträgt eine wiederholte intravenöse Injektion von 50 pCt. einer 1 proz. Trypanblaulösung, ohne daß irgendwelche nervösen Symptome ausgelöst werden. Wird jedoch ½ cm einer ½ proz. Lösung dem Tiere durch Lumbalpunktion eingeführt, so geht es unter den Erscheinungen schwerer Konvulsionen, im tiefen Koma, in 2—3 Stunden post injectionem zugrunde. Die Ursache dieses stürmischen Verlaufes ist durch makroskopische und insbesondere mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems leicht festzustellen. Vom Lumbalsack aus verbreitet sich die Farbstofflösung, ganz unabhängig von ihrer Konzentration, rasch über den ganzen Bereich des Rückenmarks, der Medulla oblongata, des Hirnstammes und der cerebralen Nerven bis zur Sclera einerseits, zur Regio olfactoria andererseits. Mikroskopisch findet man z. B. am Rückenmark neben Imbibitionserscheinungen an den Pialsepten und Glianetzen vitale Ganglienzellenfärbungen, wobei neben diffusen Protoplasmafärbungen Kernfärbungen bemerkbar werden. Das letztere deutet bekanntlich auf einen Zelltod hin. Demgemäß veranlaßt die Lumbalinjektion einer Farbstofflösung, die in hundertfacher Menge bei intravenöser Applikation anstandslos vertragen wird, binnen kurzer Zeit eine diffuse Zerstörung von Ganglienzellen und damit den Tod des Versuchstieres. Die Wege, die von dem intraarachnoidealen Raum zu den Ganglienzellen führen, hat G. durch Modifikation seiner experimentellen Methodik sicher nachweisen können. Dabei zeigten sich echte vitale Färbungen von Zellen, die den Reticulumzellen der Lymphdrüsen gleichen, an den Wänden der die Gehirn- und Rückenmarksgefäße umscheidenden perivaskulären Räume. Es führten also gleichsam gefärbte Zellstraßen vom Grunde der Pialtrichter zu den die Ganglienzellen umgebenden freien Räumen. Auch über die Strömungsverhältnisse und Abflußwege der Cerebrospinalflüssigkeit hat G. mit seiner vitalen Färbung neue Beiträge geliefert. Er hat mit Sicherheit nachweisen können, daß die Cerebrospinalflüssigkeit zum Teil in die tiefen prävertebralen Lymphgefäße abströmt, in deren Verlauf gefärbte Lymphdrüsen sich nachweisen lassen.

Zum Verständnis der pathologischen Veränderungen der Cerebrospinalflüssigkeit ist nach G.s Ansicht die Kenntnis des normalen Aufbaues der Meningen unerläßlich. Er hat nun festgestellt, daß die Meningen, insbesondere die Leptomeninx, sich, was ihre Zellenbewohner anbetrifft, genau wie das Peritoneum bezw. das Netz verhält. Neben eosinophilen Leukocyten, an denen G. stets Oxydasefermente entdeckte, finden sich in der Leptomeninx vereinzelt und in Zellhaufen seine „Pyrrholzellen", deren Granuloplasma vitale Farben anzieht. Diese Zellen sind chemotaktisch außerordentlich reizbar, äußerst lokomotionsfähig und in hohem Maße phagocytär. Bei zahlreichen Versuchen, die G. am Gehirn vorgenommen (artifizielle Blutungen, Entzündungsherde, Wunden usw.) hat er außer massenhafter Vermehrung der Pyrrholzellen in den Meningen selbst dieselben frei in der Cerebrospinalflüssigkeit und insbesondere an der Stelle der Gehirnläsion angetroffen. G. steht nicht an, seine „Pyrrholzellen" für identisch mit der bekannten „Körnchenzelle" des Zentralnervensystems zu erklären. Ihre Brutstätte sind die Meningen. Genau die gleichen Zellen finden sich in den Spinalganglien und den peripheren Nerven, ein neuer Beweis für die Kontinuität der Hüllen des Zentral- und peripheren Nervensystems.

Goldmanns ausführliche Arbeit wird demnächst in den Abhandlungen der Preußischen Akademie der Wissenschaften erscheinen.

Herr **Küttner** (Breslau): In den letzten 5½ Jahren wurden 92 Operationen ausgeführt. 42 mal blieb es bei einer Entlastungstrepanation wegen Unzulänglichkeit der Diagnose oder Ausbreitung des Prozesses. Bei rechtzeitiger Operation sind die Resultate besser, daher 55 pCt. Dauerresultate bei den Privatpatienten. Die diagnostischen Schwierigkeiten werden durch folgende Fälle illustriert: In einem Falle gingen die Tumorsymptome spontan zurück, so daß die Operation abgelehnt wurde. Als die Patientin mit neuen Symptomen wiederkam, war es bereits zu spät zur Operation; zwei andere Patienten, die zur Operation bereits vorgesehen waren, wurden ohne solche bleibend gesund. Es gibt auch Herderscheinungen ohne raumengende Prozesse. So fand K. in einem Falle von Bonhoeffer nur einen arteriosklerotischen Erweichungsherd. Umgekehrt ergab die histologische Prüfung eines wegen posttraumatischer Krämpfe entfernten Facialiszentrums eine Gliomatose. Bei der daraufhin vorgenommenen zweiten Ope-

ration fand sich in der Nachbarschaft ein inoperables Gliom, das keine Erscheinungen gemacht hatte. Unbedeutend sind die Erscheinungen häufig, selbst wenn der Tumor groß ist und in der Nähe der Zentralwindung sitzt, so lange er subkortikal ist. Bei einem faustgroßen Tumor dieser Art war Stauungspapille erst am Tage vor der Operation aufgetreten. Besonders bei Gliatumoren kommt es zum Prolaps mit Parese. Allerdings könnte man durch Duraplastiken diesem vorbeugen, jedoch nicht, ohne dem Zweck der Dekompression untreu zu werden. Die dekompressive Trepanation versagte öfters, wenn sie mangels einer exakteren Lokaldiagnose fern von dem Herd angelegt wurde. Da es bei einmal ausgebildeter Stauungspapille nicht statthaft ist, im Interesse einer genaueren Lokalisation zuzuwarten, so wären zwei Trepanationsöffnungen, entsprechend der vorderen oder hinteren Schädelgrube anzulegen. Vom Balkenstich hat er wenig gesehen, im Gegenteil, gelegentlich einer Sektion die Oeffnung nach 7 Wochen zugeheilt gefunden. Ebenso verwirft er die Lumbalpunktion. Die diagnostische Hirnpunktion ist wertvoll, ihre vermeintlichen Gefahren sind illusorisch: einmal zeigte die Sektion, daß der Sinus transversus durchstochen war, ohne daß etwa eine Blutung eingetreten wäre; in einem anderen Falle war der Kanal der Meningea media durchsetzt, aber die Arterie war ausgeglitten. Er operierte zweizeitig unter Lokalanästhesie; die Dura vernähte er nicht, ebensowenig über der hinteren Schädelgrube den Knochenlappen. In 30,5 pCt. der Fälle wurde der Tumor entfernt; in 32 pCt. fand er sich bei der Autopsie. In 15 pCt. handelte es sich um Hydrocephalus und dergleichen. Von den Kranken erlagen 30.5 pCt. der Operation oder ihren unmittelbaren Folgen. Die Zahl der noch Lebenden ist genau ebenso groß. Zehn Patienten sind voll arbeitsfähig. Davon hatten 6 einen Hydrocephalus internus, 4 hatten Tumoren. Im Interesse des Sehvermögens muß bei Stauungspapille, soweit dieselbe nicht sicher auf syphilitischen Prozessen beruht, stets die Dekompression ausgeführt werden. Nur viermal kam es zur Opticusatrophie; dem stehen gegenüber 20 Fälle von dauernder und 5 von vorübergehender Besserung des Visus. Die Prognose ist bei den unter der Diagnose „Hirntumor“ operierten Patienten nicht ganz schlecht, allerdings großenteils dank den Fällen, bei welchen sich die Diagnose als irrig herausstellt.

Herr **H. Oppenheim** (Berlin): Der zunehmenden Häufigkeit des operativen Eingriffs sowie der Hand in Hand damit gehenden Verfeinerung der Diagnostik entspricht durchaus keine Verbesserung der operativen Resultate. Im Gegenteil, diese haben sich seit 1896 verschlechtert, und der Prozentsatz der Dauerheilungen ist zurzeit nur 8 pCt. Diese Veränderung im ungünstigen Sinne beruht nicht auf Zufälligkeiten oder persönlichen Gründen, vielmehr auf einer Ausdehnung der Indikationen und auf dem zunehmenden Drängen der Patienten. Indessen haben wir in der Zwischenzeit eine Mannigfaltigkeit an Krankheitsbildern kennen gelernt, die als Tumor imponieren können, ohne es zu sein: Pseudotumoren, die wir als kongenitale ansprechen müssen, die jahrelang bestehen, ohne Symptome zu machen und, nachdem sie solche bewirkt haben, ohne Operation auf Jahrzehnte symptomlos werden können, ein Ergebnis, das durch Operation bisher noch niemals erreicht wurde. Im Gegensatz zu H o r s l e y empfiehlt Redner daher eine Einschränkung der operativen Indikationen.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Das Inhalieren. Von Dr. med. et phil. **Th. Christen** (Bern). Dresden, Verlag von H o l z e & P a h l. 31 S. 0,50 M.

Verf. setzt in der kleinen für Nichtärzte bestimmten Abhandlung die physikalischen und physiologischen Gesetze auseinander, auf denen die Wirkung des Inhalierens bei den Erkrankungen der Luftwege beruht. Er selbst hat auf Grund der von ihm entwickelten Anschauungen einen neuen Inhalierapparat, A s p i r a t o r, angegeben, da die gebräuchlichen Inhalierapparate nach seiner Ansicht unzweckmäßig konstruiert sind, und erläutert die Anwendungsweise dieses A s p i r a t o r s.

Das Fasten als Heilmethode, Wirkungen und Verhaltungsmaßregeln. Von Dr. med. **Friedrich v. Segesser,** leitender Arzt der Kuranstalt Sennrüti in Degersheim (Schweiz). Dresden, Verlag von H o l z e & P a h l. 89 S. 1,25 M.

Während noch vor wenigen Jahren in der Therapie der Grundsatz galt: Qui bene nutrit, bene curat, dringt gegenwärtig, von Amerika aus importiert, eine Lehre vor, die so ziemlich das Gegenteil predigt, nämlich für viele Fälle regelrechte, über Tage und Wochen ausgedehnte Fastenkuren empfiehlt. In der vorliegenden Schrift, die in erster Linie für Laien, daneben aber auch für Aerzte bestimmt ist, bemüht Verf. sich, die segensreichen Wirkungen der Fastenkuren plausibel zu machen. Leider ist die Schrift zu unwissenschaftlich abgefaßt, um ärztliche Leser überzeugen zu können. Es fehlen vor allem brauchbare, beweisende Krankengeschichten. Eine vernünftige Nahrungsbeschränkung ist gewiß für manche Fälle von Nutzen, vielleicht auch tageweise Nahrungsentziehung. Die wissenschaftliche Begründung dieser Behandlungsmethode steht aber noch aus. Die moderne Stoffwechselforschung hat hier eine dankbare Aufgabe zu lösen.

Massenerkrankungen durch Nahrungs- und Genußmittelvergiftungen. Von Prof. Dr. **Georg Mayer,** Stabsarzt und Dozent für Hygiene an der k. bayer. militärärztlichen Akademie, Lehrer an der k. bayer. Kriegsakademie, München. Braunschweig 1913, Druck und Verlag von F r i e d r i c h V i e w e g & S o h n. 66 S. 2 M.

Ueber die Art und Weise, wie Massenerkrankungen durch Nahrungs- und Genußmittel zustandekommen, und über die Maßnahmen, durch welche sie am sichersten zu verhüten sind, bestehen im allgemeinen in weiteren Kreisen noch ungenügende Kenntnisse. Verf. hat es deshalb unternommen, diese Dinge in einer kurzgefaßten Abhandlung, die zuerst in der Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege erschien und die hier als Sonderausgabe vorliegt, übersichtlich zusammenzustellen. Massenerkrankungen durch Nahrungs- und Genußmittel können verursacht sein: 1. durch chemische Gifte anorganischer und organischer Herkunft; 2. durch Bakterien und deren Giftstoffe; 3. durch Trichinen. Zu der ersten Gruppe gehören u. a. giftige Beimengungen zum Mehl (Blei, Mutterkorn, Kornrade), giftige Fette (besonders bei der Margarinefabrikation, z. B. Marattifett); Verfälschung von Branntwein (Methylalkohol); Beimengungen zu Branntwein (Wacholderöl); giftige Pilze, giftige Muscheln und giftige Fische. — Die zweite Gruppe umfaßt besonders die Erkrankungen durch das Fleisch kranker Tiere und die daraus hergestellten Erzeugnisse, ferner durch unzweckmäßig oder zu lange aufbewahrtes rohes oder zubereitetes Fleisch, das evtl. noch schädliche chemische „Konservierungsmittel“ enthält, weiter durch Nahrungs- und Genußmittel aller Art, die durch Menschenhände mit Bakterien der Paratyphus- und Enteritisgruppe infiziert wurden; aber auch Speiseeis, unzweckmäßig aufbewahrte Mehlspeisen, Eier, Käse, ungenügend zubereitete oder aufbewahrte Fleisch- und Gemüsekonserven können Träger von Bakterien und ihren Giftstoffen werden. — Verf. veranschaulicht die Häufigkeit der Massenerkrankungen durch tabellarische Zusammenstellungen der bekannt gewordenen Nahrungs-Massenvergiftungen. Zum Schluß macht er Vorschläge, um derartige Massenerkrankungen nach Möglichkeit zu verhüten. — Die Schrift verdient Beachtung nicht nur seitens ärztlicher Kreise, sondern vor allem von seiten der gesetzgebenden Faktoren und der Verwaltungsbehörden, deren Fürsorge das Wohl der Bevölkerung anvertraut ist, endlich aller derjenigen, die beruflich in der Nahrungsmittelindustrie tätig sind, um ihr Verantwortlichkeitsgefühl zu schärfen.

Die neuesten Fortschritte in der Röntgenphotographie. Vortrag, am 29. April 1912 im großen Hörsaal des Physikalischen Vereins Frankfurt a. M. gehalten von Ingenieur **Friedrich Dessauer** (Frankfurt a. M.). 1912, O t t o N e m n i c h, Verlag. 23 S. 1 M.

In diesem durch eine Anzahl von Abbildungen erläuterten Aufsatz beschreibt der verdiente Röntgenkonstrukteur in allgemeinverständlicher Weise das von ihm ausgebildete Verfahren der Blitzaufnahme, mit welchem es gelingt, Momentröntgenaufnahmen mittels eines etwa $^1/_{100}$ Sekunde dauernden Stromstoßes zu machen. Es wird ferner gezeigt, wie man mit Hilfe dieser Blitzaufnahmen kinematographische Aufnahmen von Bewegungsvorgängen im menschlichen Körper (Herztätigkeit, Schluckakt) gewinnen kann.

Ueber Pantopon. Von Dr. **O. v. Boltenstern.** Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 13, H. 4 u. 5. Würzburg 1913, Verlag von C u r t K a b i t z s c h. 50 S. 1,70 M.

Das auf Veranlassung von S a h l i dargestellte, die sämtlichen Alkaloide des Opiums in löslicher Form enthaltende Pantopon hat sich in wenigen Jahren als Morphiumersatz ein großes Indikationsgebiet erworben. In der vorliegenden Schrift sind auf Grund der bisher erschienenen Arbeiten die auf den verschiedenen Spezialgebieten der praktischen Medizin mit Pantopon gemachten Erfahrungen in übersichtlicher Weise zusammengestellt. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

B e r l i n. Der neue Ordinarius der Kinderheilkunde an der Universität Geheimrat Prof. Dr. A. C z e r n y ist nebenamtlich auch zum ordentlichen Professor an der Kaiser-Wilhelms-Akademie ernannt worden.

H a l l e a. S. Entgegen der ursprünglichen Meldung wird jetzt bekannt, daß Prof. A b d e r h a l d e n die Berufung nach Wien als Nachfolger von Prof. E. L u d w i g abgelehnt hat.

M a g d e b u r g. Als Nachfolger von Prof. T h i e m i c h ist Prof. V o i g t, bisher in Straßburg, zum Oberarzt der Kinderabteilung am städtischen Krankenhause Sudenburg gewählt worden.

München. Dr. W. Heuck, bisher Privatdozent in Bonn, hat sich für Dermatologie, Dr. Th. Gött für Kinderheilkunde habilitiert.

Freiburg i. B. Der außerordentliche Professor der physiologischen Chemie Dr. F. Knoop hat die Aufforderung erhalten, in das Rockefeller-Institute for medical Research in New York als Mitglied einzutreten.

Straßburg i. E. Dr. K. Stolte hat sich für Pädiatrie habilitiert.

Wien. Dr. Walter Kolmer hat sich für Histologie an der Universität, Dr. Ernst Brczina für soziale und Gewerbehygiene an der Hochschule für Bodenkultur habilitiert. — Dem Privatdozenten der Otiatrie Dr. Robert Bárány ist von der Akademie der Wissenschaften in Brüssel für eine die Beziehungen des Vestibularapparates zum Zentralnervensystem behandelnde Arbeit ein Preis von 2000 Fr. zuerkannt worden.

Graz. Dr. Heinrich di Gaspero hat sich für Neurologie und Psychiatrie habilitiert.

Prag. Dr. Emil Starkenstein hat sich an der deutschen Universität für Pharmakologie und Pharmakognosie habilitiert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Das **Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen** hielt am 14. Juni unter dem Vorsitze von Geh.-Rat Körte seine Generalversammlung ab. Der Generalsekretär Prof. Kutner teilte mit, daß sich die Zahl der Orte, an denen Fortbildungskurse stattfinden, auf 73 vermehrt hat. Im einzelnen wurde von verschiedenen der Teilnehmer über die Organisation und den erfreulichen Besuch der Kurse berichtet. Geh. Rat Schmidt (Halle) teilte mit, daß sich in der Provinz Sachsen und dem Großherzogtum Anhalt ein Komitee zur Abhaltung von Wanderkursen gebildet hat, deren erste bisher unter den Aerzten der kleineren Städte großen Anklang gefunden haben. Es wurde daraufhin eine Kommission gewählt, die gemeinsam mit dem Ausschuß der preußischen Aerztekammer die Nutzbarmachung dieser Idee für ganz Preußen beraten soll. Es folgten dann Berichte über die Tätigkeit der Akademien für praktische Medizin. Dabei teilte Prof. Hoffmann (Düsseldorf) mit, daß dort in letzter Zeit der Andrang von Medizinalpraktikanten erheblich zunimmt. Da diese in Düsseldorf keinerlei Entschädigung erhalten, so könne man dies als ein Symptom für die drohende Ueberfüllung des Aerztestandes ansehen. Zugleich ging aus den Mitteilungen Hoffmanns hervor, daß der Massenandrang der Medizinstudierenden in bedenklicher Weise die Ausbildung beeinträchtigt. Prof. Siegert von der Akademie in Cöln hat ähnliche Beobachtungen gemacht. Prof. Kutner sprach weiter über die Vorbereitungen für die in London im August stattfindende Internationale Konferenz für das ärztliche Unterrichts- und Fortbildungswesen. Neben Referaten über den medizinischen Unterricht in allen Ländern soll dort insbesondere über den Unterricht in der ärztlichen Technik und in der sozialen Medizin gesprochen werden. Zum Vorsitzenden des Zentralkomitees wurde Geh. Rat Waldeyer wiedergewählt.

Bern. Ein **Internationaler Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie** wird von der schweizerischen neurologischen Gesellschaft, einem Auftrag des Amsterdamer Kongresses 1907 entsprechend, vom 7. bis 12. September 1914 in Bern veranstaltet werden. Das Organisationskomitee besteht aus den Herren Dubois, v. Monakow, Ladame, Bing, Schnyder und Veraguth.

Gerichtliches.

Danzig. Wegen **Vergehens gegen die Gewerbeordnung** hatte sich kürzlich vor dem Schöffengericht in Rosenberg der Apothekenbesitzer v. G. aus Fr. zu verantworten. Er hatte einem Mädchen, das sich in ärztlicher Behandlung befand, ein anderes Medikament empfohlen und abgegeben; auch hatte er angeblich dem Mädchen von ärztlicher Behandlung abgeraten und ihr die von ihm auszuwählenden Medikamente als wirksamer angepriesen. In einem Briefe an die Anklagebehörde suchte er sein Verhalten dadurch zu rechtfertigen, daß er erklärte, der Apotheker müßte verhungern, wenn er nur das verkaufen wollte, was die Aerzte verschrieben. Der Angeklagte wurde zu 30 M. Geldstrafe verurteilt. (Nach „Pharmac. Ztg.".)

Leipzig. Von dem Landgericht Hagen war im Januar d. J. ein Masseur, der unter der Bezeichnung „praktischer Magnetopath" die Krankenbehandlung ausgeübt und außerdem einen Tee gegen Verstopfung vertrieben hatte, der seiner Zusammensetzung nach nicht freigegeben war, wegen Führung einer **arztähnlichen Bezeichnung** und Verstoß gegen die kaiserliche Verordnung zu 200 M. Geldstrafe verurteilt worden. Seine gegen dieses Urteil beim Reichsgericht eingelegte Revision wurde kürzlich verworfen.

Verschiedenes.

Berlin. Auf dem Gelände der Charité ist am 11. Juni ein **Denkmal** des verstorbenen Klinikers Ernst v. Leyden, ein Werk des Bildhauers Börmel, mit einer Feier enthüllt worden, zu der sich eine stattliche Festversammlung, darunter ein großer Teil der Schüler v. Leydens, eingefunden hatte. Einer der ältesten der früheren Assistenten, Prof. Albert Fraenkel vom städtischen Krankenhause am Urban, hielt die Festrede.

Wien. Der im Jahre 1904 verstorbene bekannte Diabetesforscher Prof. Dr. Seegen, der als korrespondierendes Mitglied der kaiserlich österreichischen Akademie der Wissenschaften angehörte, hatte dieser ein **Legat** von 1½ Millionen Kronen mit der Bestimmung hinterlassen, damit ein **Institut zur Erforschung des Stoffwechsels** zu errichten und zu betreiben. Nach dem Ableben der bisherigen Nutznießerin hat die Akademie jetzt die Stiftung angenommen. Das neue Institut wird den Namen „Seegens Institut für Physiologie des Stoffwechsels" führen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzen:

In der hygienisch-bakteriologischen Abteilung der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem (Post: Berlin-Lichterfelde 3, Ehrenbergstr. 38/42) die Stelle eines wissenschaftlichen Hilfsarbeiters mit einer Jahresremuneration von 3000 M. (Veröffentlicht am 11. Juni.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3. Kl. m. d. Schleife: Ordentl. Honorarprofessor Geh. Med.-Rat Dr. E. Sonnenburg in Berlin.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: San.-Rat Dr. G. Blick in Magdeburg, Oberstabsarzt Dr. F. v. Ammon in München, Badearzt Hofrat Dr. W. Dietz in Bad Kissingen, Dr. F. Dengler in Baden-Baden, außerordentl. Professor an der Universität und Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Straßburg i. E., Dr. E. Levy, Stabsärzte O. Fischer, Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Trier, Dr. P. Klinger, Bataillonsarzt beim Metzer Inf.-Regt. No. 98, Dr. W. Fornet und Dr. F. Goldammer an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Etatsmäßiger Professor an der Tierärztlichen Hochschule in Berlin Geh. Med.-Rat Dr. P. Frosch.

Königl. Kronen-Orden 4. Kl.: Oberarzt Dr. E. Vetter vom 1. Nassauischen Pionierbataillon No. 21.

Ernannt: Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Idar Dr. Mosebach zum Kreisarzt in Prüm, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer in Cöln zum Ehrenmitglied der dortigen Akademie für praktische Medizin, Stabsarzt a. D. Dr. Mangelsdorf in Poganitz zum Kreisassistenzarzt daselbst.

Niedergelassen: Dr. J. Weiser in Fischenich (Landkr. Cöln), W. Wetzel in Danzig, Dr. G. Ewald in Halle a. S., Dr. B. Strauss, Dr. W. Kalbfleisch und Dr. W. Becker in Frankfurt a. M., Stabsarzt Dr. R. H. G. Peters in Koblenz.

Gestorben: San.-Rat Dr. E. Bleyer in Elbing, San.-Rat Dr. A. Thiel in Marienburg, J. May in Czersk, Geh. San.-Rat Dr. J. Baetge in Lauchstedt, San.-Rat Dr. B. Schlesinger und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. v. Bramann in Halle a. S., San.-Rat Dr. W. Goerdt in Bochum, Dr. L. Kaiser in Frankfurt a. M., Geh. San.-Rat Dr. K. Mittweg in Trier, San.-Rat Dr. J. Gottschalk in Cöln.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. O. Denk in Rosenheim, Dr. F. Strebel in Zweibrücken, Dr. jur. H. Nützel, als Arzt appr. 1913, in Staffelstein, Dr. F. Banaschewski in Ludwigshafen a. Rh., Dr. L. Waltz in Langerringen.

In den Ruhestand versetzt vom 1. Juli ab: Bezirksarzt Medizinalrat Dr. Max Schweinberger in Traunstein unter Verleihung des Verdienstordens vom hl. Michael 4. Klasse mit der Krone.

Verzogen: A. Steuber von München nach Straubing, Dr. Tettenhammer von Tirschenreuth nach Friedrichshafen, O. Harstrick von Neumarkt i. O. nach Fürth.

Gestorben: Dr. H. Wacker in Landsberg a. L.

Hessen.

Ernannt: Dr. Martin in Sien zum Kreisassistenzarzt bei den Kreisgesundheitsämtern Heppenheim und Bensheim mit Wohnsitz in Heppenheim.

Hamburg.

Gestorben: Dr. E. J. Engert in Hamburg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang | Berlin, 28. Juni 1913 | No. 26

Erscheint jeden Sonnabend. Bezugspreis vierteljährlich M 3,— Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

82. Jahrgang | Berlin, 28. Juni 1913 | No. 26

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aus der medizinischen Klinik in Jena und dem Kreis-Krankenhaus Sonneberg i. Th.

Ueber „Romauxan“, ein neues Nährpräparat.

Von

Dr. med. **Arno Hofmann** (Pausa i. V.).

Versuche, die ich mit obengenanntem Präparate im Jahre 1910 in der Jenenser Universitätsklinik und 1911 im Kreiskrankenhaus zu Sonneberg i. Thür. anzustellen Gelegenheit hatte, ergaben, daß dieses Nährpräparat sich durch seine deutliche Beeinflussung des Hämoglobingehaltes vor vielen anderen Produkten aus der Reihe der Nährmittel auszeichnet. Die in einer viermonatigen Versuchsreihe gesammelten Erfahrungen habe ich in meiner Inauguraldissertation Jena 1911 niedergelegt. Inzwischen hatte ich verschiedentlich Gelegenheit, Romauxan zu verwenden, und bestätigten weitere Versuche meine seinerzeitigen Feststellungen, daß das Präparat von seiten des Magen-Darmkanals vorzüglich vertragen wird und einen günstigen Einfluß auf den Hämoglobingehalt des Blutes, Appetit, Gewicht und nicht zuletzt auf das subjektive Allgemeinbefinden ausübt. Das Präparat wird auch auf längeren Gebrauch hinaus ohne Störungen von seiten des Darmes vertragen, ein Vorzug, der den bisher bekannten Peptonen- und Albumosenpräparaten größtenteils abgeht. Es will sogar scheinen, als ob die Darmtätigkeit bei dem Gebrauch von Romauxan eine Regelung erfahren würde. Romauxan läßt sich bei Störungen, besonders der motorischen Magenfunktionen oder bei Vorhandensein irgend eines Hindernisses in den oberen Teilen des Digestionsapparates, auch als Nährklistier sehr gut verwenden, um so mehr, als sich aus demselben leicht konzentrierte Lösungen herstellen lassen.

Die Leichtlöslichkeit in kaltem Wasser läßt die Verwendung des Produktes auch in solchen Fällen zu, bei denen die Verabreichung von Kräftigungsmitteln in fester Form per os untunlich ist.

Das Romauxan ist gewonnen aus Protalbumose des Milcheiweißes, Metaphosphorsäure und Eisensalzen und zeigt einen Gehalt von ca. 1 pCt. organisch gebundenem Eisen, 5 pCt. Phosphorsäure, an vorverdautes Milcheiweiß chemisch gebunden, und 12 pCt. Stickstoff. Das Produkt enthält einen Zusatz von Natriumbikarbonat, der gerade genügt, um bei der Auflösung das neutrale Natronsalz der Verbindung entstehen zu lassen. Die Bindung von Eisen und Phosphorsäure an Eiweiß ist um so glücklicher, als dadurch gleichzeitig mit reichlicher Zufuhr von Stickstoff die tonische Wirkung der Phosphorsäure und des Eisens erzielt wird. Ferner ist es vorteilhaft, daß das Milcheiweiß in einem vorverdauten Zustande in dem Präparate vorhanden ist, wodurch dem Organismus Arbeit erspart und die Resorption erleichtert wird.

Zur Herstellung einer Lösung des Romauxan verfährt man am besten so, daß man das Präparat mit einer kleinen Menge kalten Wassers solange rührt, bis alles Pulver vollständig benetzt ist, und erst dann eine weitere Menge Wasser zusetzt. Nach kurzer Zeit erhält man so eine Lösung von der Farbe des Südweins, die entweder direkt verabreicht oder aber allen Getränken und Speisen, mit Ausnahme der sauren, zugesetzt werden kann. Die Zusammensetzung des Präparates ist derart, daß dasselbe in keiner Weise störend auf den Geschmack der Speisen und Getränke einwirkt und daß die Patienten, die nichts von einer Beimischung des Nährpräparates wußten, die Speisen zu sich nahmen, ohne von dem Zusatz etwas zu bemerken.

Die Mehrzahl der in der medizinischen Universitätsklinik zu Jena vorgenommenen Versuche zeigt deutlich, daß wenige Tage, nachdem Romauxan gegeben, der bis dahin trotz der kräftigsten Nahrung immer sinkende oder konstant bleibende Hämoglobingehalt wesentlich anstieg. Dabei ergab sich, daß der Appetit gesteigert wurde und der Stuhlgang, selbst bei lange andauernder Verabreichung, keine Störung erlitt, vielmehr sogar in Fällen von vorheriger Obstipation eine Regelung des Stuhles eintrat.

Romauxan bezw. dessen Kalksalz untersuchte Herr Prof. Hagemann (Bonn) unter Mitwirkung von Henseler (Archiv für die ges. Physiologie, Bd. 140, S. 158) und

stellte fest, daß sowohl Stickstoff wie Phosphorsäure des Romauxankalkes in hohem Grade assimilierbar ist.

Den Kalorienwert des Präparates hatte Herr Prof. Hagemann (Bonn) die Güte zu ermitteln und wurde für 100 g = 441 Kalorien festgestellt.

Es mögen nun einige der Fälle, bei denen ich Blutuntersuchungen nach Verabreichung von Romauxan anstellte, folgen:

Fall 1. Marta Sch., 23 Jahre.

Diagnose: Tbc. pulmonum et laryngis, weit fortgeschritten, infolgedessen ungeeignet zur Aufnahme in ein Sanatorium. Taenia saginata; wegen der Schwäche der Patientin nicht abgetrieben. Sekundäre Anämie.

Allgemeinbefinden: Ungestört.

Appetit war stets nicht groß, hat sich auch durch Einnehmen des Romauxan nicht geändert.

Stuhlgang: Blieb wie vordem diarrhöisch.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
27. VI.: 70 pCt.	3200000	0,98	28. VI: 43,8 kg
30. VI.: 70 „	3121000	1,00	30. VI.: 43,8 kg, später nicht mehr gewogen, da Patient. immer das Bett hüten mußte.
5. VII: 80 „	4000000	0,90	

Bemerkungen: Patientin setzte am 5. VII. mit Romauxan aus, da sie angeblich nach Einnehmen des Mittels starken Husten und Brennen im Halse bekommt. (Larynxbefund: Tuberkulöse Ulcera.)

Fall 2†*). Oskar G., 32 Jahre.

Diagnose: Empyem im Anschluß an Pneumonie und Pleuritis.

Romauxan zum ersten Male eingenommen am 28. VI. 10.

Allgemeinbefinden: Ungestört; „das Mittel läßt sich in Milch und Bouillon oder Suppe sehr gut nehmen".

Appetit: Immer so gut wie zuvor.

Stuhlgang: Schwarz geworden; „das Mittel scheint zu treiben".

Hb.	R. B. K.	F. I.	W. B. K.	Gewicht
—	—	—	29. VI.: 16200	20. VI.: 54,8 kg
30. VI.: 70 pCt.	4410000	0,79	— 8500	7. VII.: 55,5 „
16. VII.: 80 „	4644000	0,86	— 14800	21. VII.: 58,5 „
8. VIII.: 60 „	4956000	0,61	— 6200	28. VII.: 60,0 „

Bemerkungen: 23. VI.: Rippenresektion vorgenommen; 6. VII.: Patientin steht zum ersten Male wieder auf; vom 24. VII. an setzt Patientin mit Romauxan aus, Blutuntersuchungen wurden aber weitergeführt.

Fall 3†. Louis H., 25 Jahre.

Diagnose: Ulcus s. Tumor ventriculi, Milztumor, sekundäre Anämie.

Appetit: Stets ungestört geblieben.

Stuhlgang: Desgleichen.

Hb.	R. B. K.	F. I.	W. B. K.	Gewicht
24. V.: 70 pCt.	3630000	0,99	5253	24. V.: 61,0 kg
21. VI.: 70 „	4440000	0,80	9. VI.: 2375	2. VII.: 62,7 „
—	—	—	21. VI.: 3516	7. VII.: 63,0 „
8. VII.: 70 „	4434000	0,80	—	14. VII.: 64,0 „
15. VII.: 75 „	4034000	0,79	— 5000	21. VII.: 60,0 „
20. VII.: 75 „	(Magenblutung)		—	21. VII.: 60,0 „
26. VII.: 30 „	3350000	0,45	—	—

Bemerkungen: Vom 24. V. an wurde Eisentropon gegeben, ohne sichtlichen Erfolg. Patient erhielt dann vom 28. VI. bis 21. VII. Romauxan, dann nicht wieder, da sich am 20. VII. eine starke Magenblutung eingestellt hatte.

Fall 4†. Wilhelm G., 31 Jahre.

Diagnose: Akute lymphatische Leukämie. Purpura simplex resp. rheumat.

Romauxan zum ersten Male eingenommen am 25. VI. 10; 1. und 2. Tag in Rotwein, nachher nur in Milch.

Allgemeinbefinden: Ungestört; „Romauxan ist in Milch sehr gut zu nehmen".

Appetit und Stuhlgang: Ohne Besonderheiten.

Hb.	R. B. K.	F. I.	W. B. K.	Gewicht
22. VI.: 80 pCt.	2410000	1,66	— 42500	64,0 kg
27. VI.: 70 „	2700000	1,40	— 42812	64,0 „
4. VII.: 65 „	2510000	1,29	— 102188	63,6 „
—	—	—	5. VII.: 93750	—
—	—	—	6. VII.: 56250	—
8. VII.: 55 „	2238000	1,23	65620	63,6 „

Bemerkungen: Das Blut enthielt von Anfang an zahlreiche kernhaltige rote Blutkörperchen, kleine Lymphocyten, 1 bis 2 neutrophile Leukocyten, 4 bis 5 basophile Myelocyten, Anisocytose, geringe Metachromasie.

Am 9. VII. 10 starb Patient.

Sektionsdiagnose: Lymphosarkomatose mit Infiltration der Thymusdrüse, starke Schwellung der retroperitonealen und der beiderseitigen inguinalen Lymphdrüsen, hochgradige diffuse Infiltration der Nieren, der Milz und der Leber. Rotes Knochenmark in den Diapyhsen. Multiple Infiltrate im Epikard und im Myokard. Ausgedehnte Schleimhautblutungen im Rachen, ältere Blutungen im Magen. Multiple petechiale Blutaustritte in der Haut; Lungenödem.

Fall 5†. Otto Sp., 44 Jahre.

Diagnose: Perniciöse Anämie.

Romauxan zum ersten Male eingenommen am 26. VI. 10.

Vehikel: Zunächst Wein, dann stets Milch.

Allgemeinbefinden: ungestört; „Romauxan in Milch sehr gut zu nehmen".

Appetit: Ohne Besonderheiten.

Stuhlgang: Bevor Patient Romauxan nahm, ist er stets hartleibig gewesen, mußte Rizinus nehmen. Nach Einnahme des Mittels täglich einmal spontan Stuhl.

Hb.	R. B. K.	F. I.	W. B. K.	Gewicht
23. V.: 50 pCt.	1280000	1,95	3000	23. V.: 53,0 kg
2. VI.: 50 „	1684000	1,49	3598	2. VI.: 53,0 „
14. VI.: 45 „	1810000	1,39	5550	14. VI.: 52,5 „
27. VI.: 60 „	2140000	1,40	5938	30. VI.: 53,5 „
4. VII.: 65 „	1970000	1,65	—	7. VII.: 55,4 „
10. VII.: 70 „	1300000	2,69	4000	14. VII.: 55,4 „
12. VII.: 50 „	1870000	1,34	11900	—
14. VII.: 45 „	1117000	2,01	9100	—

Bemerkungen: Patient erhielt Romauxan vom 26. VI. bis zu seiner Entlassung am 14. VII.

Am 10. VII. wurde Patient, der sich sehr wohl und kräftig fühlte, mit Ehrlich-Hata 606 (0,3 g) gespritzt, worauf wohl die Leukocytose zurückzuführen sein wird.

Fall 6†. Fritz G., 32 Jahre.

Diagnose: Dünndarmsarkom, Schrumpfblase, Blasendarmfistel.

Romauxan zum ersten Male genommen am 4. VII. 10.

Allgemeinbefinden: Ungestört; „Romauxan läßt sich ganz gut in Milch nehmen, besser noch in Bouillon".

Appetit und Stuhlgang unbeeinflußt.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
1. VII.: 85 pCt.	3598000	1,18	30. VI.: 64,0 kg
8. VII.: 60 „	3189000	0,94	Konnte wegen allzu groß.
14. VII.: 45 „	2450000	0,92	Schwäche nicht mehr gewogen werden.

Patient hatte stets geringe Eiweißmengen im Urin; seit dem 1. VII. nahmen die Kräfte von Tag zu Tag ab.

Fall 7. Margarete Cl., 30 Jahre.

Diagnose: Pneumonia centralis (?). Patientin wurde am 3. VI. aufgenommen; vom 3. VI. bis 10. VI. Temperaturen swischen 39° und 40,5°, dann kritischer Absturz.

Romauxan zum ersten Male genommen am 24. VI. 10.

Allgemeinbefinden: Unbeeinflußt; „in Milch läßt sich Romauxan sehr gut nehmen".

Appetit: War immer gut und ist gut geblieben.

Stuhlgang: Vor der Einnahme des Romauxan nicht jeden Tag, nach der Einnahme täglich einmal.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
24. VI.: 60 pCt.	4432000	0,61	25. VI.: 48,8 kg
1. VII.: 65 „	5000000	0,59	8. VII.: 49,3 „
8. VII.: 80 „	4760000	0,75	—
22. VII.: 80 „	4800000	0,75	22. VII.: 51,0 „

Fall 8. Rudolf M., 27 Jahre.

Diagnose: Nephritis chronica parenchymatosa.

Romauxan zum ersten Male eingenommen am 8. VII. 10.

Allgemeinbefinden: Ungestört.

Stuhlgang: In den ersten Tagen nach der Einnahme des Romauxan glaubt Patient laxierende Wirkung des Romauxan verspürt zu haben, am 19. VII. setzt er aber mit Romauxan wegen starker Stuhlverstopfung aus.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
8. VII.: 75 pCt.	2882000	1,30	7. VII.: 52,0 kg
15. VII.: 85 „	3542000	1,20	15. VII.: 54,0 „

Fall 9. Albin Sp., 52 Jahre.

Diagnose: Arteriosklerose, Dilatatio ventriculi, Ulcus ventriculi.

Romauxan zum ersten Male genommen am 8. VII.

Allgemeinbefinden: Ungestört; „Romauxan läßt sich in Milch besser nehmen als in Bouillon oder gar Wein".

Appetit: Ist besser als vor der Einnahme von Romauxan.

Stuhlgang: Unbeeinflußt.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
2. VII.: 60 pCt.	7. VII.: 4790000	0,63	4. VII.: 58,5 kg
15. VII.: 70 „	15. VII.: 5737000	0,61	8. VII.: 58,5 „
20. VII.: 75 „	20. VII.: 4930000	0,76	12. VII.: 60,5 „
—	—	—	14. VII.: 61,5 „
—	—	—	21. VII.: 62,5 „

Fall 10†. Frau B., 34 Jahre.

Diagnose: Ulcus ventriculi (Magenblutung).

Romauxan zum ersten Male am 6. VIII. genommen.

Allgemeinbefinden: Ungestört; „Romauxan läßt sich in Milch sehr gut nehmen, ohne irgendwie Appetit und Stuhlgang zu stören".

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
21. VII.: 20 pCt.	1992000	0,45	1. VIII.: 42,3 kg
3. VIII.: 20 „	2216000	0,41	4. VIII.: 42,8 „
9. VIII.: 25 „	2160000	0,52	Nicht mehr gewog.,
15. VIII.: 25 „	2400000	0,33	weil immer bett-
23. VIII.: 30 „	2010000	0,67	lägerig.

*) † bedeutet, daß in diesen Fällen unabhängig von meinen Untersuchungen von den Herren Assistenten der Klinik Untersuchungen mit dem gleichen Zahlenresultat angestellt wurden.

Bemerkungen: Am 20. V. bei der Aufnahme ist notiert: Die Patientin ist äußerst schlecht ernährt und äußerst blaß. Die Schleimhäute sind aufs äußerste anämisch. Dasselbe gilt auch noch am 21. VII.

Bevor Patientin Romauxan erhielt, hatte sie eine Arsenkur durchgemacht; Hämoglobin und rote Blutkörperchen waren unbeeinflußt geblieben, dagegen war eine mittlere Leukocytose zu verzeichnen gewesen.

F a l l 11. Anna H., 35 Jahre.
Diagnose: Phthisis pulmonum incipiens.
Romauxan zum ersten Male genommen am 8. VII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört; „Romauxan läßt sich in Milch sehr gut nehmen".
Appetit: Ist nach wie vor gut geblieben.
Stuhlgang: Die bereits bestehende Verstopfung wird stärker, wohl darauf zurückzuführen, daß Patientin sich wegen der Tuberkulinkur mehr im Bett aufhalten muß.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
8. VII. 75 pCt.	4440400	0,77	24. VI.: 52,0 kg
16. VII.: 85 „	4197000	0,91	10. VII.: 53,6 „
—	—	—	17. VII.: 52,6 „

Bemerkungen: Patientin nahm bei der nahrhaften Kost der Klinik, vereinigt mit Romauxan, an Gewicht zu, nahm aber zunächst wieder ab, als am 14. VII. eine Tuberkulinbehandlung einsetzte.

F a l l 12. Christian J., 66 Jahre.
Diagnose: Carcinoma ventriculi (?), Subacidität, Arteriosklerose.
Romauxan zum ersten Male genommen am 12. VII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört.
Appetit: War immer schlecht vor der Einnahme des Romauxan, ist aber während der Einnahme besser geworden.
Stuhlgang: Ohne Besonderheiten.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
13. VII.: 60 pCt.	3666000	0,82	11. VII.: 47,0 kg
18. VII.: 65—70 „	2994900	1,17	13. VII.: 48,0 „
—	—	—	21. VII.: 48,0 „
—	—	—	28. VII.: 48,0 „

F a l l 13. Alfred R., 33 Jahre.
Diagnose: Chronische Gonorrhoe und Cystitis.
Romauxan zum ersten Male genommen am 12. VII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört, desgleichen Appetit und Stuhlgang.

Hb.	R. B. K.	F. I	Gewicht
13. VII.: 75 pCt.	5200000	0,72	14. VII.: 80 kg
19. VII.: 100 „	4900000	1,02	21. VII.: 81 „
8. VIII.: 95 „	5300000	0,90	28. VII.: 81 „

Bemerkungen: Patient setzte am 24. VII. mit Romauxan aus.

F a l l 14 †. Otto R., 57 Jahre.
Diagnose: Subazidität.
Romauxan zum ersten Male genommen am 5. VIII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört; „in Milch ist das Mittel ohne Beschwerden zu nehmen".
Appetit: Ohne Besonderheiten. Der Stuhl ist angeblich mit der Einnahme des Romauxan hart geworden. Es muß immer mit Laxantien für Stuhl gesorgt werden.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
5. VIII.: 45 pCt.	3980000	0,57	5. VIII.: 61,5 kg
13. VIII.: 55 „	3350000	0,79	11 VIII.: 65,0 „
—	—	—	13. VIII.: 65,0 „

F a l l 15. Emil G., 34 Jahre.
Diagnose: Anazidität, Hypochondrie.
Romauxan zum ersten Male genommen am 5. VIII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört; „Romauxan läßt sich gut nehmen".
Appetit: Unbeeinflußt; seit Einnahme des Romauxan klagt Patient über Verstopfung.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
9. VIII: 75 pCt.	5200000	0,72	28. VII.: 58,5 kg
20. VIII.: 100 „	5210000	0,96	4. VIII.: 61,0 „

F a l l 16. Marie U., 16 Jahre.
Diagnose: Phthisis pulmonum incipiens.
Romauxan zum ersten Male genommen am 8. VIII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört.
Appetit und Stuhlgang: Ohne Besonderheiten.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
8. VIII.: 65—70 pCt.	5770000	0,51	29. VI.: 43,6 kg
15. VIII.: 85 „	4010000	0,95	5. VIII.: 45,5 „
24. VIII.: 85 „	4980000	0,77	19. VIII.: 46,8 „

F a l l 17. Gottlieb G., 58 Jahre.
Diagnose: Vitium cordis (Mitralstenose), Stauungsorgane, dyspeptische Beschwerden.
Romauxan zum ersten Male genommen am 5. VIII. 10.
Allgemeinbefinden, Appetit und Stuhlgang: Wie bei voriger Patientin.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
6. VIII.: 85 pCt.	5710000	0,74	5. VIII.: 71,2 kg
13. VIII.: 105 „	4930000	1,04	18. VIII.: 72,5 „

F a l l 18. Marta H., 18 Jahre.
Diagnose: Tuberkulose des Darmes.
Romauxan zum ersten Male genommen am 11. VIII.
Allgemeinbefinden und Appetit: Wie Fall 16.
Stuhlgang: Patientin leidet seit Wochen an heftigen Diarrhöen; vom 17. VIII. an hören sie infolge ständigen Opiumgebrauches auf.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
11. VIII.: 55 pCt.	3128000	0,79	Pat. konnte wegen
20. VIII.: 55 „	3430000	0,72	der schweren Er-
—	—	—	krankung nicht ge-
—	—	—	wogen werden.

F a l l 19. Alma H., 27 Jahre.
Diagnose: Hysterie, Gastrektasie.
Romauxan zum ersten Male genommen am 15. VIII. 10.
Allgemeinbefinden: Ungestört; Patientin kann das Mittel in der üblichen Zubereitung per os genommen nicht vertragen, auch dann nicht, wenn es teelöffelweise mit viel Zucker gegeben wird; sie bekommt daher das Mittel in Nährklistieren gereicht.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
5. VIII.: 75 pCt.	4242000	0,80	3. VIII.: 44,4 kg
15. VIII.: 65 „	4490000	0,60	8. VIII.: 44,0 „
23. VIII.: 95 „	5491000	0,78	12. VIII.: 43,0 „
—	—	—	15. VIII.: 43,2 „
—	—	—	19. VIII.: 43,9 „
—	—	—	22. VIII.: 44,3 „

Bemerkungen: Patientin erbrach fast alle Speisen seit dem 20. VI. 10; daher die starke Abmagerung. Auch der Hämoglobingehalt ging um 10 pCt. herunter. Um der Patientin die nötigen Nährstoffe zuzuführen, wurden Nährklistiere verordnet. Vom 13. VIII. bis 21. VIII. bekam Patientin täglich zwei Nährklistiere, jeweils vermengt mit 5 g Romauxan. Gleichzeitig wurde auch jetzt versucht, Romauxan teelöffelweise per os zu geben. Diese Darreichungsmethode mußte aber bald wieder eingestellt werden, da wieder Erbrechen oder Brechreiz auftraten.

F a l l 20. Gustav R., 24 Jahre.
Diagnose: Neurasthenie.
Romauxan zum ersten Male genommen am 11. VIII.
Allgemeinbefinden: Wie Fall 15.
Appetit und Stuhlgang: Unbeeinflußt.

Hb.	R. B. K.	F. I.	Gewicht
11. VIII.: 90 pCt.	4580000	0,98	11. VIII.: 62,0 kg
20. VIII.: 90 „	4960000	0,91	18. VIII.: 64,5 „
—	—	—	30. VIII.: 65,5 „

Vorstehend sind nur eine Reihe Fälle, in denen ständig genaue Blutuntersuchungen (S a h l i sche und Z e i s s sche Apparate) vorgenommen wurden, aufgeführt zum Beweise der Einwirkung des Romauxan auf den Hämoglobingehalt. In weit mehr als 200 Fällen wurde aber, teils an der medizinischen Klinik in Jena, teils am Kreiskrankenhause in Sonneberg, die Wirkung des Romauxans auf Allgemeinbefinden, Appetit, Geschmack und Stuhlgang etc. bei geeigneten anämischen und allgemein schwächlichen Patienten studiert. Das Resultat dieser großen Versuchsreihe war ein in jeder Hinsicht gutes: Die eingangs erwähnten Eigenschaften des Präparates konnte das Gesamturteil nur bestätigen.

Wenn ich meine neuesten Erfahrungen mit Romauxan kurz zusammenfasse, so muß ich sagen, Romauxan steht seinem Nährgehalt nach nicht hinter den bekannten Eiweißnährmitteln zurück und ist dabei wohlfeil. Es hat im Gegensatz zu verschiedenen anderen Eiweißpräparaten den Vorzug, auf Appetit und Geschmack nicht störend einzuwirken und dabei einen günstigen Einfluß auf den Hämoglobingehalt des Blutes und des Allgemeinbefindens auszuüben. Romauxan entspricht bei sachgemäßer Aufbewahrung und Zubereitung allen Anforderungen, die man an ein künstliches Nährpräparat stellen muß. Ich stehe nicht an, seine Verordnung in Fällen von allgemeinen Schwächezuständen, Appetitlosigkeit, nervöser Störung, als Roborans und Stoffwechselstimulans den Herren Kollegen zu empfehlen.

Hervorzuheben ist noch, daß Romauxan im Gegensatz zu einer großen Anzahl der Kräftigungsmittel, die in großen Mengen zugeführt werden müssen, in geringen Dosen (5 bis 6 oder 10 g pro Tag) mit günstigem Erfolge gereicht werden kann. Infolgedessen ist Romauxan, das an und für sich wohlfeil ist (25 g = 0,80 M., 50 g = 1,50 M.), im Gebrauch billiger als der größte Teil der üblichen Kräftigungsmittel.

Coryfin bei den Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes.

Von

Dr. **Hans Daae** (Kristiania).

Unter den vielen neuen Arzneimitteln, mit denen wir sozusagen täglich bereichert werden, nimmt das Coryfin meiner Ansicht nach eine hervorragende Stellung ein. Die Lebensdauer desselben wird nicht wie die der meisten übrigen Arzneimittel kurz sein. Ich glaube aussprechen zu dürfen, daß Coryfin noch nicht die Anerkennung gefunden hat, die es verdient, und daß es die Zukunft für sich hat.

Seit längerer Zeit gebrauche ich Coryfin aus denselben Indikationen, aus denen ich früher Menthol verwandte, aber mit einer besseren Wirkung. Nicht nur mögen die Patienten Coryfin lieber, weil es in einer angenehmeren Weise wirkt, sondern auch mit Rücksicht auf die symptomatische und kurative Wirkung befriedigt Coryfin mehr und ist daher vorzuziehen.

Am meisten bewährte sich mir Coryfin bei chronischen Nasenpharyngitiden und bei Patienten, die ihre Stimme viel benutzen und ihren Sprech- und Gesangapparat in guter Ordnung haben müssen. Sänger, Redner, Lehrer usw., die jahrelang mit Symptomen der chronischen Pharyngitis behaftet waren und auch quälende Symptome im Larynx in Form von kitzelndem Gefühl, unklare Stimme und dergleichen haben, benutzen mit großem Vorteil Coryfin. Ich habe in solchen Fällen oft keine objektive Besserung im Larynx entdecken können, die andauernde Zufriedenheit der Patienten mit Coryfin ist jedoch ein sicherer Beweis der großen Nützlichkeit des Mittels. Die unangenehmen und quälenden Empfindungen im Halse und Kehlkopf verschwinden, die Stimme wird klarer und bekommt wieder die Kraft, die die Patienten wünschen; dieses sind die hervorragendsten Wirkungen des Coryfins. Hierzu kommen auch die objektiven Veränderungen, Abblassen der Schleimhäute usw., die kontrollierbar sind.

Ich benutze Coryfin nur zu Inhalationen und habe damit Patienten der vorerwähnten Art behandelt, die mehrere Jahre hindurch von Arzt zu Arzt wanderten, von jedem in der gewöhnlichen Weise behandelt wurden und sich auch selbst mit den verschiedensten Mitteln behandelten. Diese geben jetzt an, daß sie im Coryfin das Mittel gefunden haben, das ihnen die Hilfe leistet, die sie wünschen.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten und Neurologie).

Dr. **Curt Schelenz**, Assistent der inneren Abt. d. städt. Krankenhauses Charlottenburg-Westend: **Weitere Beobachtungen über die Urobilinogenreaktion im Harne Scharlachkranker.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 16.)

Im vergangenen Jahre hat Prof. Umber auf den diagnostischen Wert der Ehrlichschen p-Dimethylamidobenzaldehydreation im Harne bei der Differentialdiagnose zwischen echtem Scharlach und scharlachartigen Serumexanthemen hingewiesen auf Grund seiner im Städt. Krankenhause Altona gesammelten Erfahrungen. An dem Krankenmaterial der seit Januar 1912 seiner Leitung unterstellten inneren Abteilung des Kranenhauses Westend hat Verf. die weitere Prüfung der genannten Reaktion bei Scharlach und scharlachähnlichen Exanthemen durchgeführt. Wenn auch nicht in dem großen Prozentgehalte wie in Altona, so fand sich doch auch in der Mehrzahl der Fälle ein positiver Ausfall der Reaktion. Zur Anstellung der Reaktion, bei deren Bewertung Verf. sich der von Umber angegebenen Stufen bediente, benutzt er nur das nach Vorschrift des Deutschen Arzneibuches V angefertigte Reagens, von dem er zu etwa 10 ccm frischgelassenem Urin 10 bis 12 Tropfen hinzufügt. Zusammenfassend bemerkt Verf., daß der Wert der Amidobenzaldehydreaktion im Harne deshalb ein besonders großer ist, weil sie eine recht zuverlässige Frühreaktion des echten Scharlachs darstellt. Die Probe darf nur am frischgelassenen Harne solcher Patienten vorgenommen werden, die kein Urotropin erhalten haben. Kr.

Dr. **E. Löwenstein** (Wien): **Ueber Tuberkelbacillenbefunde im Urin bei Hodentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 11.)

In 18 Fällen von Hodentuberkulose fanden sich pathogene Tuberkelbacillen im Urin. Selbst nach Entfernung des erkrankten Hodens und der Samenbläschen mit Resektion des Vas deferens blieb der Befund unverändert, und zwar fanden sich in 2 Fällen die Tuberkelbacillen noch 1 Jahr nach der Entfernung des tuberkulösen Hodens im Urin. In diesen Fällen ließen sich die Nieren, Ureteren und die Harnblase als Quelle der Tuberkelbacillen ausschließen. Die Samenblasen waren mit entfernt. Es blieb nur die Prostata als Herd der Tuberkelbacillen übrig. In der Tat ist nach neueren Forschungen die isolierte Tuberkulose der Prostata nicht selten. Meist verläuft die isolierte Prostatatuberkulose ganz symptomlos. Man wird also nach Verf. annehmen können, daß die nach Exstirpation des tuberkulösen Hodens und der Samenblasen im Harn gefundenen Tuberkelbacillen aus der Prostata stammen, wenn auch keine Symptome einer Prostataerkrankung vorhanden sind.

Prof. **K. Hürthle** (Breslau): **Ueber Förderung des Blutstroms durch den Arterienpuls.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 13.)

Daß neben dem Herzen auch die Arterien durch eine besondere Art von aktiver Tätigkeit an der Unterhaltung der Blutbewegung beteiligt seien, wurde schon oft behauptet, aber nach Verf. niemals streng bewiesen. Verf. teilt nun Beobachtungen mit, aus denen er schließen zu müssen glaubt, daß in der Tat die Arterien aktiv an der Beförderung des Blutes beteiligt sind. Es ergaben sich nämlich bei der experimentellen Bestimmung der Stärke des Blutstromes schon normalerweise Abweichungen von dem Betrag, der theoretisch unter der Voraussetzung zu erwarten war, daß die Stromstärke nur vom arteriellen Druck, der Elastizität der Bahn und den Widerständen abhängt und daß letztere im Verlauf eines Pulsschlages als konstant betrachtet werden dürfen. Durch künstliche Lähmung der Arterien einer Extremität wurde diese Abweichung ganz oder doch zum Teil beseitigt; wurden dagegen erregende Gefäßmittel (Adrenalin, Pituitrin, Digitalis) in den Kreislauf gebracht, so wurde die systolische Abweichung der Stromkurve größer als normalerweise. Verf. teilt dann noch einige andere Beobachtungen mit, die ebenfalls dafür sprechen, daß ein nicht unwesentlicher Anteil der zur Unterhaltung des Blutstroms nötigen Arbeit von den Arterien geleistet wird. R. L.

Friedrich Lachwitz: Zur Kasuistik der traumatischen Herzfehler. Aus der kgl. med. Universitätsklinik zu Göttingen. (Dissertation, Göttingen 1912.)

Relativ am häufigsten kommt ein traumatischer Herzfehler zustande durch direkte Zerreißung einer oder mehrerer Klappen, und zwar handelt es sich dabei in den meisten Fällen um die Zerreißung der Aortenklappen, vereinzelt der Pulmonalklappen, während das Mitralsegel resp. seine Sehnenfäden viel seltener einreißen. Zerreißungen ganz gesunder Klappen gehören allerdings zu den Seltenheiten; in den meisten Fällen handelt es sich um vorher krankhaft veränderte Klappen. Der Mechanismus der Klappenrupturen ist so zu denken (Stern), daß es sich dabei um eine Sprengung, eine Platzruptur handelt. Die hierzu nötige Drucksteigerung im Thorax wird durch das Trauma bewirkt. Ein solches Trauma kann ein direktes oder ein indirektes sein. Findet z. B. eine starke Quetschung des Thorax statt, trifft ein heftiger Stoß oder Schlag die Herzgegend oder findet durch einen Fall eine heftige Erschütterung des Körpers statt, so handelt es sich um ein sog. direktes Trauma, während zu den indirekten Traumen ungewöhnlich starke Muskelanstrengungen und plötzlich einsetzende heftige Gemütsbewegungen zu rechnen sind. Außer den Klappenfehlern, welche durch Zerreißung der Klappen entstehen, sind auch diejenigen zu den traumatischen Herzfehlern zu rechnen, die sich im Verlaufe einer Endokarditis ausbilden, die im Anschluß an ein Trauma der Brust, besonders der Herzgegend, aufgetreten ist. Manchmal wurde neben einer Endokarditis auch eine Perikarditis im Anschluß an ein Trauma festgestellt. Von den Klappen des Herzens werden, ebenso wie im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten, von der durch ein Trauma entstandenen Endokarditis ausnahmslos die des linken Herzens befallen, und zwar Aorten- und Mitralklappen etwa in gleicher Häufigkeit. Unter Umständen kann es auch nach einer Verletzung an irgend einer peripheren Körperstelle und nach Eindringen von Mikroorganismen zu einer sekundären septischen Endokarditis und damit zu einem Herzfehler kommen. Derartig entstandene Herzfehler müssen natürlich auch als Unfallsfolgen angesehen und dementsprechend begutachtet werden, gehören aber nicht in die Gruppe der traumatischen Herzfehler. Auch die Fälle von relativer Mitralinsuffizienz, die sich im Anschluß an eine nicht allzu selten auftretende traumatische Myokarditis einstellen, werden vielfach zu den traumatischen Herzfehlern gerechnet; streng genommen zu Unrecht. Auch im Verlaufe von traumatischen Herzneurosen kommt es öfter zum Auftreten von relativen Insuffizienzen, die aber ebenfalls keine eigentlich traumatischen Herzfehler darstellen. Als vollkommen einwandfrei können eigentlich nur diejenigen Fälle angesehen werden, bei denen durch die Autopsie die traumatische Entstehung des Herzfehlers erwiesen wurde. Verf. teilt eine Reihe von Fällen aus der Literatur mit und fügt diesen 4 Fälle aus der Göttinger Universitätsklinik hinzu, die er ausführlich bespricht. Im ersten Fall handelt es sich um ein Vitium cordis nach Trauma, und zwar im wesentlichen um eine Mitralinsuffizienz.



E D H.
Marke Dieterich-Helfenberg.
Alkoholfreie Eisenmedikation!
BLUTAN
nach Dr. K. Dieterich-Helfenberg. – Wortmarke. – D. R. P. Nr. 183551. – Auslandspatente.
Blutan ohne Zusatz 0,6% Fe und 0,1% Mn . . . 1 Originalfl. M. 1,25
Arsen-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn u. 0,01% As2O3 1 Originalfl. M. 1,25
Brom-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn und 0,1% Br . . 1 Originalfl. M. 1,50
China-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn, mit den 1% Chinarinde entsprechenden wirksamen Chinabestandteilen . . . . 1 Originalfl. M. 1,50
Diabetiker-Blutan 0,6% Fe u. 0,1% Mn, zuckerfrei 1 Originalfl. M. 1,25
Jod-Blutan 0,6% Fe, 0,1% Mn und 0,1% J . . . . 1 Originalfl. M. 1,50
Den Herren Aerzten stehen Proben und Literatur kostenlos zur Verfügung.
Ausstellung unserer Fabrikate im Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2–4, Saal 5, Chemische Industrie.
Chemische Fabrik Helfenberg A.G. vorm. Eugen Dieterich, in Helfenberg (Sachsen).
BLUTAN
JOD-BLUTAN



Seit vielen Jahren trefflich bewährt.
Vollkommen unschädlich. Aerztlich empfohlen.
Promptest wirkend.
Reichenhaller Asthma Pulver
In den Apotheken

— Im zweiten Falle handelt es sich um eine Insuffizienz der Aortaklappe mit sekundärer unbedeutender Schlußunfähigkeit der Mitralklappe sowie um Erweiterung des aufsteigenden Astes der Aorta. Traumatische Ruptur der Aortaklappe. — Im dritten Falle wurde die Diagnose gestellt auf Aorteninsuffizienz und Dilatatio arcus aortae. — Im vierten und letzten Falle auf Aorteninsuffizienz und traumatisches Aneurysma.

Absolut beweisend für die traumatische Entstehung eines organischen Herzfehlers sind die vier mitgeteilten Fälle nicht, da kein Fall zur Autopsie kam. Die Anamnese und klinischen Befunde stützen aber diese Diagnose völlig. F.

Fritz Seiler: Untersuchungen über den Einfluß der Thymusdrüse auf die Blutbildung resp. das Blutbild. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 25, H. 4 u. 5.)

Verfasser kommt auf Grund zahlreicher Versuche an thymektomierten Hunden zu dem Resultat, daß, abgesehen von einer vorübergehenden, postoperativen Abnahme des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen, verbunden mit geringer Leukocytose, infolge Thymusexstirpation beim neugeborenen Hunde, die physiologische, in den ersten Wochen vor sich gehende Abnahme der Lymphocyten und entsprechende Zunahme der neutrophilen Leukocyten später eintritt als bei gesunden Tieren.

Bei älteren Tieren dagegen, bei denen die Thymusexstirpation seit Monaten besteht, ist eine abnorme Beeinflussung der blutbildenden Organe als Folge des Wegfalls der Thymusfunktion nicht zu konstatieren. Die Hb-Menge, die Zahl der roten Blutkörperchen, die Zahl der Leukocyten, sowie die Mengenverhältnisse der einzelnen Formen der letzteren sind bei den Tieren mit ausgebildeten Thymusausfallserscheinungen die nämlichen, wie bei den gesunden Kontrolltieren. Auch das Knochenmark der thymektomierten Tiere besitzt die vollständige Reaktionsfähigkeit auf pathologische Leukocytose erregende Reizungen. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. med. et phil. **A. Piotrowski**, Nervenarzt in Charlottenburg: **Ueber ein neues Unterschenkelphänomen.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 51.)

Verf. weist auf ein Phänomen hin, das bisher nicht beschrieben ist. Perkutiert man nämlich den M. tibialis anterior des liegenden, etwas pronierten oder hängenden, entspannten Unterschenkels eines Kranken, und zwar da, wo der Muskel seinen Ursprung nimmt, also zwischen der Tuberositas tibiae und dem Capitulum fibulae oder zweifingerbreit unterhalb dieser Stelle, dann sieht man in vielen Fällen eine reflektorische Dorsalflexion und Supination des Fußes. Es ist dies eine Reaktion, welche dem motorischen Effekt der physiologischen Funktion des Muskels entspricht. Die Technik hierbei ist eine ähnliche wie bei der Prüfung des Patellarphänomens. Mitunter muß man zum Jendrassikschen Kunstgriff seine Zuflucht nehmen oder auf eine andere Art die Aufmerksamkeit des Untersuchten abzulenken trachten. An sich hat der Reflex nichts Besonderes. Aber er kann Formen annehmen, die ihm unbedingt den Wert eines pathognomonischen Zeichens verleihen. Und das tut er bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Darin liegt seine Bedeutung. Besonders bei den Organerkrankungen vom spastischen Symptomenkomplex, aber auch bei anderen, vermag er infolge seines augenfälligen, abnormen Charakters im Einzelfalle eine Rolle zu spielen. In exquisiten Fällen ist der Reflex leicht auszulösen und von exzessiver Intensität. Die brüske, schlotternde Exkursion des Fußes nach innen-oben erweckt den Eindruck, als ob seine Verbindungen, namentlich diejenigen der lateralen Seite, gelöst und nur die Sehne des M. tibialis anterior intakt geblieben wäre. Mitunter ist der Reflex so erregbar, daß ein bloßes Fallen des Perkussionshammers auf den Muskelbauch genügt, um die Reaktion des Fußes im Sinne einer Schleuderbewegung nach innen-oben auszulösen. Er ist häufig anzutreffen bei nervösen Personen und bei abgemagerten, geschwächten Kranken mit Affektionen der inneren Organe und mit erhöhter Reflexerregbarkeit; er tritt symmetrisch auf, d. h. er ist beiderseits gleichmäßig stark. Kr.

Chirurgie.

G. Axhausen: Ueber den histologischen Vorgang bei der Transplantation von Gelenkenden, insbesondere über die Transplantationsfähigkeit von Gelenkknorpel und Epiphysenknorpel. (Archiv f. klin. Chir., Bd. 99, H. 1.)

A.s Versuche unterscheiden sich von den früher veröffentlichten Rehnschen dadurch, daß zunächst, ohne Rücksicht auf die praktische Verwertung, die „absolute Transplantationsfähigkeit" des Gelenk- und Epiphysenknorpels zur Grundfrage der Versuche gemacht wurde. A. wählte deshalb die Einpflanzung in Weichteile, und zwar führte er seine Versuche an Ratten (8) und Kaninchen (20) aus.

Seine Hauptergebnisse lassen sich in folgendem zusammenfassen:

Es lassen sich im allgemeinen bei allen transplantierten Gewebszellen 3 Stadien unterscheiden: 1. ein indifferentes Stadium, 2. Stadium der Kernschrumpfung, 3. Stadium der Kernlösung.

Je nach Umfang und Dauer dieser einzelnen Phasen können die einzelnen Gewebszellenarten als im histologischen Sinne transplantationsfähig oder -unfähig bezeichnet werden.

So gehört das Knochengewebe zu den nicht einpflanzungsfähigen Zellarten, weil alle Zellen ohne Ausnahme schließlich der Kernlösung verfallen.

Im Gegensatz dazu zeigen die Zellen des Markgewebes, wenigstens in einem Teil der Fälle, in geringer Ausdehnung ein Verbleiben in dem indifferenten Stadium, also Lebenserhaltung; zwar verfällt der größere Teil der Kernlösung, aber der erhaltene Rest genügt zur formalen Wiederherstellung des Markes, denn die Zellen, besonders die ossifikationsfähigen Elemente, sind der Vermehrung fähig; Markgewebe ist also transplantationsfähig.

Ebenso kann der Gelenkknorpel für die praktische Anwendung als in ausreichendem Maße transplantationsfähig bezeichnet werden; hier erfolgt unter lebhafter Proliferation eine „zelluläre Substitution" des zugrunde gegangenen Knorpels von den erhaltenen Abschnitten aus.

Am Epiphysenknorpel spielt die zelluläre Substitution eine geringere Rolle. Eine Ossifikation erfolgt nur von den erhaltenen Knorpelteilen aus.

Der Epiphysenknorpel muß zwar als transplantationsfähig bezeichnet werden, doch genügt infolge der notwendigen Wachstumsstörungen der Umfang dieser Fähigkeit nicht für die praktische Anwendung. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Max Cohn** (Berlin): **Der Wurmfortsatz im Röntgenbilde.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 13.)

Wie der russische Arzt Grigorieff gefunden hat, und wie Verf. auf Grund seiner Untersuchungen bestätigen kann, läßt sich der Wurmfortsatz in der Mehrzahl der Fälle mit Röntgenstrahlen untersuchen. Diese Untersuchung gibt Aufschluß über die Lage und die Beweglichkeit des Organs sowie über seine spezielle physiologische Funktion. Der Wurmfortsatz füllt sich nicht gleichzeitig mit dem Eindringen der Speise vom Dünndarm in den Dickdarm. Man kann daher annehmen, daß die rückläufige Bewegung des Kolons einen wichtigen Faktor für die Füllung der Appendix abgibt. Die Entleerung des Wurmfortsatzes kann gehemmt sein. Es kommt so zu Stauungen, die sich dadurch dokumentieren, daß der Wurmfortsatz noch mit schattengebender Speise gefüllt ist, während der Dickdarm schon lange entleert ist. Man beobachtet auch bisweilen, daß während der Füllung des Kolons der Wurmfortsatz sich mehrere Male füllen und wieder entleeren kann. Der Wurmfortsatz nimmt bei der Füllung und Entleerung infolge großer Beweglichkeit Formen an, die bisher bei Operationen als Ursache von chronischen Beschwerden angesehen wurden. R. L.

H. Stoeber und W. Dahl: Experimentelle hämatogene Infektion der Lymphfollikel des Appendix. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 24, H. 4 u. 5.)

Verfasser spritzten 8 Kaninchen 1—18 Tage lang täglich 1—2 ccm Diplokokkenbouillon (1 ccm Bouillon enthält 10 je auf festem Nährboden gewachsener Laboratoriumkulturen von Diplococcus pneumoniae) in die Halslymphbahntonsille ein und fanden bei sämtlichen Versuchstieren bei der Sektion außer der schon makroskopisch sichtbaren Follikelschwellung der Appendix mikroskopisch zahlreiche Blutungen in den Follikeln nebst nekrotischen Partien in denselben und in diesen nekrotischen Partien, ebenso wie in dem normalen lymphadenoiden Gewebe massenhaft grampositive Diplokokken, teils freiliegend, teils phagocytiert, an manchen Stellen auch zusammen mit roten Blutkörperchen zwischen den Epithelzellen durchwandernd, und zwar war die Anhäufung der Bakterien in den Follikeln bezw. ihre Phagocytose um so größer, je länger die Tiere unter dem Einfluß der rezidivierenden Blutinfektion standen.

Aus diesen Versuchen muß geschlossen werden, daß bei rezidivierender Infektion des Blutes die Organe, in denen eine Ablagerung der Bakterien stattfindet, eine Umänderung erfahren und sich anders verhalten, als bei der einmaligen Infektion; es werden in diesem Falle Bakterien massenhaft in dem lymphadenoiden Gewebe der Appendix abgefangen und gehen dort extrazellulär oder durch Phagocytose zugrunde. Für die Pathogenese der menschlichen Appendizitis geht aus diesen Versuchen hervor, daß im Gefolge von Bakteriämien wirklich eine beträchtliche Ablagerung von Mikroorganismen aus dem Blut in die Lymphfollikel der Appendix statfinden kann. Adler (Berlin-Pankow).

Stabsarzt Dr. **Sorge**, kommandiert zur chirurg. Abt. des Roten Kreuzes in Cassel: **Beitrag zur Rizinusbehandlung der Blinddarmentzündung.** (Therap. Monatshefte, März 1913.)

In der Anamnese des akuten schweren Appendizitisanfalles spielt die Verabreichung von Abführmitteln, insonderheit des

Rizinusöls, immer noch eine große Rolle. Auf Grund neuerer Versuche und röntgenologischer Beobachtungen über die Wirkungsweise des Rizinus drängt sich die Frage auf, ob nicht der durch Rizinusöl vorwärtsgetriebene Inhalt eines in entzündlichem Zustande befindlichen Wurmfortsatzes, der prall strotzt, den verhängnisvollen Durchbruch beschleunigen könnte. Verf. konnte die Beobachtung machen, daß die Fälle mit schweren und schwersten Perforationen, zum Teil mit schon diffuser Peritonitis vielfach solche waren, die Rizinusöl genommen hatten und daß, wie fast alle Patienten übereinstimmend angaben, bald nach Einnahme des Mittels die Schmerzen mit besonderer Heftigkeit einsetzten. Als Beleg führt er 10 Krankengeschichten an. Verf. stellt sich mit Borchardt auf den Standpunkt, das das Rizinusöl ein höchst gefährliches Mittel ist, das in allen zweifelhaften Fällen von Appendizitis dringend vermieden werden muß. Bei akuten Fällen muß sofort operiert werden. Bei chronischen und subakuten Fällen kann Rizinus zur Sicherung der Diagnose gegeben werden. Treten Reizerscheinungen danach auf, so ist sofort zu operieren. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Mehliss** (Hannover): **Trivalin.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Verf. hatte Gelegenheit, das von Overlach eingeführte Trivalin bei einer großen Anzahl von Fällen in der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Hannover zu verwenden. Trivalin stellt eine durch chemische Bindung an die Valeriansäure erzielte Vereinigung von Morphium, Coffein und Kokain dar. In 1 ccm Trivalin sind 0,01935 g Morphin. valerianic., 0,0037 g Coffein. valerianic., 0,00506 g Cocain. valerianic. enthalten. Trivalin kommt in Originalgläsern von 10 und 20 ccm in gebrauchsfertiger wässeriger Lösung in den Handel. Es ist als Ersatzpräparat für Morphin. hydrochloric. bestimmt; es soll frei von den unangenehmen und schädlichen Nebenwirkungen des Morphins sein. Durch die Baldriansäure soll die schmerzstillende Wirkung des Präparates noch erhöht werden. Die klinische Prüfung des Trivalins durch Verf. gab sehr befriedigende Resultate. Das Trivalin, in Dosen von 0,5—1 ccm subkutan verabreicht, kann Morphium in allen Fällen als schmerzstillendes Mittel ersetzen. Ein wesentlicher Vorteil besteht darin, daß es das Herz- und Atemzentrum nicht beeinflußt und das Sensorium frei läßt. In seltenen Fällen scheint es doch Störungen des Magens verursachen zu können. Jedoch trat diese unangenehme Nachwirkung nur so vereinzelt auf, daß dadurch das Trivalin in seinem Werte nicht herabgesetzt wird. R. L.

Dr. **J. Garnmann**, prakt. Arzt in Breslau: **Therapie des Juckens, namentlich bei Urticaria.** (Die Therapie der Gegenwart, April 1913.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die bituminösen Schwefelpräparate Ichthyol und speziell das fast geruchlose Thigenol. Er läßt mit einer ca. 5 proz. wässerigen Thigenollösung alle affizierten Stellen bestreichen. In einem schweren Falle von Urticaria war mit dieser Medikation nach kaum fünf bis zehn Minuten das peinigende Juckgefühl verschwunden und nach weiteren 15 Minuten alle Quaddeln „wie weggeblasen". Am nächsten Abend ein — etwas schwächeres — Rezidiv: Dieselbe Therapie mit demselben nunmehr dauernden Erfolge.

Bei oberer und unterer Extremität ließ Verf. auch schwache Thigenol-(evtl. Ichthyol-)Handbäder resp. Fußbäder machen.

Berücksichtigt man, daß Thigenol, Thiol, Ichthyol und ähnliche Präparate bei entzündlichen Affektionen resorbierend, entzündungswidrig, anämisierend und adstringierend wirken, so ist die antiurticarielle Wirkung erklärt. Kr.

Privatdozent Dr. **R. Polland** (Graz): **Die Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Tanargentanstäbchen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

In vielen Fällen gonorrhoischer Schleimhauterkrankungen erscheint, wie Verf. ausführt, eine längere Einwirkung antiseptischer und besonders adstringierender Mittel wünschenswert. Dies kann durch Anwendung von Suppositorien, Stäbchen, Globuli vaginales etc. erreicht werden. Neuerdings bringt die Firma Weil in Frankfurt a. M. zu diesem Zweck Tanargentanstäbchen in den Handel. Es gelang der Firma, fettarme Stäbchen, die nur etwa 10 pCt. Kakaobutter enthalten, herzustellen. Diese Tanargentanstäbchen lösen sich langsam und vollständig; ihr geringer Fettgehalt hindert die Einwirkung des Tanargentans nicht. Tanargentan besteht aus einer Silbereiweißverbindung und einem Adstringens. Verf. prüfte die Wirkung der Tanargentanstäbchen an einer Anzahl von Patienten der Grazer dermatologischen Klinik. In Betracht für die Stäbchentherapie kommen nach Verf. zunächst unkomplizierte Fälle von Urethritis anterior, bei denen keine besondere entzündliche Reizung besteht, also die nicht selten torpid einsetzenden Fälle oder ältere Formen mit wenig Eiter, bei denen die Heilung nicht recht zu Ende kommen will, namentlich aber auch solche Fälle, bei denen der Verdacht einer zirkumskripten Affektion besteht. Bei akuten Fällen mit starkem Ausfluß ist dagegen die Stäbchentherapie kaum am Platze. Handelt es sich aber um eine Urethritis posterior, Cystitis, Epididymitis etc., so kann die Behandlung der vorderen Harnröhre bei einiger Vorsicht vielleicht besser mit Stäbchen als mit Lösungen vorgenommen werden, wobei die Komplikationen entsprechend behandelt werden müssen. Verf. hat in derartigen Fällen mit den Tanargentanstäbchen durchweg gute Erfahrungen gemacht. — Ein Hauptanwendungsgebiet für die Stäbchenbehandlung stellt die Gonorrhoe der Frauen dar, zunächst schon in prophylaktischer Hinsicht. Verf. hält es z. B. für zweckmäßig, wenn Prostituierte sich die Stäbchen in die Urethra selbst einführen würden — „zum Schutz für beide Teile" (?). Ferner empfiehlt Verf., Tanargentanstäbchen in die Cervix bei gonorrhoischer Erkrankung derselben einzuführen, was bei ihrer festen Konsistenz mühelos gelingt. Die Resultate dieser Behandlungsmethode waren recht zufriedenstellend. Auch bei der Vaginalblennorrhoe kleiner Mädchen wurden die Tanargentanstäbchen mit gutem Erfolge angewendet. Schließlich macht die adstringierende Wirkung der Tanargentanstäbchen dieselben auch für die späteren Stadien der gonorrhoischen Katarrhe geeignet, um die noch restierende, vorwiegend schleimige Sekretion zu beseitigen.

Dr. **L. Fischel** (Berlin): **Jodipin per clysma bei Prostatitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 12.)

Verf. empfiehlt bei der Behandlung der gonorrhoischen Prostatitis im Anschluß an heiße Arzberger-Spülungen, aber auch ohne solche, Jodipinklysmen, die er seit mehreren Jahren mit gutem Erfolge anwendet. Diese Klysmen wirken nach Verf. schnell auf die Prostatitis ein, sowohl bei akuten wie verschleppten Fällen, indem sie eine Resorption des Infiltrats oder eine Erweichung des indurierten Gewebes herbeiführen. Verf. stellt sich eine Mischung von 100 g 25 proz. Original-Jodipin und 200 Teilen Ol. olivar. her; von dieser Mischung werden jedesmal 10 g mittels einer 10 ccm haltenden Spritze (mit gebogenem Hartgummiansatz für den After) in den Mastdarm langsam eingespritzt und vor das Orificium ani dann etwas Watte gelegt. Der Patient behält die eingespritzte Menge ohne Beschwerde bei sich. Die Klistiere werden täglich, in leichten Fällen auch alle zwei Tage gegeben. In 2—3 Wochen ist die Prostatitis völlig oder bis auf kleine Reste geschwunden, die dann noch durch wenige Massagen oder Spülungen leicht beseitigt werden. R. L.

Therapie mit Mikrobenpräparaten.

Dr. **Eduard Bäumer**, Arzt f. Hautkrankheiten in Berlin: **Dermatologische Erfahrungen mit Levurinose nebst Beiträgen zur Geschichte der Hefetherapie.** (Medizin. Klinik, 1913, No. 16.)

Verf. liefert zunächst in einer geschichtlichen Einleitung den Nachweis, daß die Hefe als Heilmittel schon im Altertum bekannt war und niemals ganz vergessen worden ist. Es ist also auch keine Neuentdeckung, sondern nur eine Rehabilitierung eines früher von der Medizin anerkannten Mittels, wenn heute die Hefetherapie wieder in ihre alten Rechte eingesetzt worden ist. Außer auf anderen Gebieten der Medizin hat die Hefetherapie ganz besonders in der Dermatologie einen dauernden und festen Platz eingenommen, von dem sie nicht so leicht wieder verdrängt werden wird, denn ihre Wirkung ist eine ganz unbestreitbare. Da die Hefe ein lebendiger Organismus ist, so verdienen nur solche Präparate Vertrauen, welche die Hefe möglichst in ihrem natürlichen Bau und in ihrer natürlichen Zusammensetzung konservieren, ohne ihre Gärfähigkeit und enzymatische Wirkung zu zerstören. Dieses Ziel wird am besten dadurch erreicht, daß die Hefe im kalten Luftstrome getrocknet wird, und die Levurinose (Blaes) ist ein Hefetrockenpräparat, welches in der angegebenen Weise hergestellt wird und die Hefe in ihrer natürlichen Beschaffenheit konserviert. Das Hauptanwendungsgebiet für die Hefebehandlung in der Dermatologie bilden die Acne vulgaris, die Acne indurata, ganz besonders aber die Furunkulose, bei der die Hefetherapie oft die einzig erfolgreiche ist. Ferner entzündliche Prozesse an den Follikeln, Follikulitiden verschiedenen Ursprungs. Verf. hat bei seinen Versuchen mit Levurinose (Blaes) den Kreis der Indikationen absichtlich nicht zu weit gezogen, um sichere und einwandfreie Resultate zu erzielen. Die Akne in ihren verschiedenen Formen, Acne vulgaris, Acne indurata mit oder ohne Rosacea, ist ätiologisch betrachtet durchaus kein einheitliches Krankheitsbild. Das allen Aknefällen Gemeinsame, die Bildung von follikulären und perifollikulären kleinen Abszessen, meist ausgehend von einem Verschluß der Follikelbildung durch Hornpfröpfe (Komedonen), kann durch sehr verschiedene Ursachen bedingt sein. Aus diesem Grunde ist eine erfolgreiche Behandlung der Akne keineswegs leicht; im Gegenteil bieten manche Aknefälle, welche durch innere Störungen, wie chronische Gastritis, chronische Obstipation, gynäkologische Leiden und anderes bedingt sind, dem Arzt oft die größten

Schwierigkeiten und die Akne heilt in solchen Fällen erst dann, wenn das Grundleiden erkannt und geheilt ist. Am wenigsten Schwierigkeiten bereitet noch die Acne juvenilis, welche bei jungen Leuten beiderlei Geschlechts zur Zeit der Pubertät auftritt. Ist die Darmfunktion in Ordnung, so kommt man hier vielleicht mit der Levurinoseseife und fleißigem Gebrauche des Komedonenquetschers allein aus. Die Wirksamkeit der Levurinose-Hefeseife wird durch einen Zusatz von Schwefel- und Salizylsäure noch wesentlich erhöht. Man läßt die Patienten sich morgens und abends mit recht warmem Wasser und Levurinoseseife waschen; über Nacht ist es zweckmäßig, den Seifenschaum auf dem Gesicht eintrocknen zu lassen. Jeder Aknekranke ist nach seiner Darmfunktion zu befragen und sobald unregelmäßige Entleerung besteht, gebe man Levurinose innerlich, dreimal täglich einen gehäuften Teelöffel in Milch oder Bier. Die Hefe wirkt aber keineswegs als simples Abführmittel, vielmehr muß man sich vorstellen, daß sie im Darm eine antifermentative Wirkung entfaltet; es kommt ja bei diesen Aknefällen höchst wahrscheinlich zur Resorption giftiger Stoffwechselprodukte aus dem stagnierenden Darminhalte. Manchmal empfiehlt es sich auch, vor Beginn der Hefetherapie eine gründliche Darmentleerung, am besten durch Rizinusöl, herbeizuführen. Bei allen Fällen von Akne ist ein Versuch mit Levurinose unbedingt anzuraten, denn die Hefebehandlung ist unstreitig ein wichtiges und unentbehrliches Unterstützungsmittel. Die Levurinose wird gern genommen. Natürlich darf neben der Hefebehandlung die örtliche nicht vergessen werden.

Wertvolle Dienste leistet die Levurinosebehandlung ferner bei der Furunkulose. In jedem dieser Fälle ist neben der örtlichen Behandlung der Furunkel eine innerliche Therapie mit Levurinose anzuraten, und zwar sollte man das Mittel auch nach der Abheilung des einzelnen Furunkels noch einige Wochen weiterbrauchen lassen. Verf. ist überzeugt, daß die Hefebehandlung bei Individuen, welche zu Furunkelbildung disponiert sind, eine entschieden prophylaktische Wirkung ausübt.

Dr. **Carl Beck**, Assistent am v. Neufvilleschen Kinderhospital in Frankfurt a. M.: **Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin.** (Zeitschrift f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. 6, H. 5 u. 6.)

Vor 3 Jahren hat Rosenbach ein neues Tuberkulin angegeben, das hundertmal weniger toxisch als das Kochsche Alttuberkulin ist und durch biochemische Vorgänge beim Wachsen eines Trichophytonpilzes auf lebendigen Tuberkelbacillen und deren Nährböden entsteht. Durch die Einwirkung dieses Pilzes werden die labileren giftigen Molekularkomplexe der Tuberkelbacillenkultur stark vermindert, während die stabileren immunisierenden, Antitoxinbildung veranlassenden erhalten bleiben. Das Rosenbachsche Tuberkulin wird von der Aktiengesellschaft Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. hergestellt. 1 ccm kostet zurzeit in den Apotheken 1,50 bzw. 1,20 M. Seit Rosenbachs erster Veröffentlichung im Jahre 1910 ist sein Tuberkulin von verschiedenen Seiten nachgeprüft worden, jedesmal mit gutem Erfolge. In der überwiegenden Mehrzahl wurden Erwachsene behandelt. Verf. hat jetzt seit einem Jahre das Rosenbachsche Tuberkulin verwendet in der Hoffnung, gerade bei Kindern günstige Erfolge zu erzielen, die doch eine weit größere Heilungstendenz der Tuberkulose gegenüber zeigen als die Erwachsenen. Bis jetzt wurden 30 Kinder mit dem Rosenbachschen Tuberkulin behandelt. Verf. hat am häufigsten durch allgemeine Einverleibung des Rosenbachschen Tuberkulins mittels subkutaner Injektionen auf die tuberkulösen Erkrankungen einzuwirken versucht. Er machte sie gewöhnlich in die Außen- oder Vorderseite des Oberarmes. Nur in einigen Fällen von chirurgischer Tuberkulose spritzte Verf. das Tuberkulin direkt in die Umgebung der betreffenden Haut-, Weichteil- oder Knochenherde. Auf diese Weise entfaltet es zweifellos eine energischere Heilwirkung als durch allgemeine Behandlung, indem die Abstoßung der Krankheitsprodukte, die Resorption und Vernarbung rascher vor sich gehen. Bei tuberkulösen Abszessen saugte Verf. zunächst den Eiter mittels einer Spritze aus und injizierte dann das Tuberkulin in das umliegende Gewebe, nicht in die Abszeßhöhle selbst. Tut man letzteres, so erhält man wohl eine starke örtliche Entzündung, aber das Tuberkulin wird sehr bald mit dem austretenden Exsudat fortgeschwemmt, kann also nicht zu genügender Wirkung kommen. Bei ausgedehnteren fungösen Granulationen, Käsemassen oder Nekrosen wird man zunächst operativ vorgehen müssen. Dann aber ist die Behandlung mit Tuberkulin von großem Nutzen, um eventuell bestehengebliebene Gewebserkrankungen zur Resorption oder Ausstoßung zu bringen und um Rezidive zu verhüten. Bei der Handhabung der Injektionskur verfuhr Verf. so, daß er mit 0,1 ccm der unverdünnten Flüssigkeit begann. Bei seinen ersten Fällen fing er mit 0,01 ccm an, stieg dann bei der zweiten Einspritzung auf 0,05 und dann auf 0,1 ccm. Da keinerlei Reaktion eintrat, wählte er später immer 1 dg, auch bei Säuglingen, und möchte dies als die normale Anfangsdosis für das gesamte Kindesalter betrachten. Nach der ersten Injektion spritzte Verf. jeden zweiten Tag $^1/_{10}$ g mehr ein, bis zur Höchstdosis von 1 g. Hierbei angelangt, gab er diese noch einen Monat lang zweimal wöchentlich, dann noch einen Monat einmal wöchentlich, so daß in der Regel eine Kur etwa 3 Monate dauerte. Was nun die Reaktion des Rosenbachschen Tuberkulins betrifft, so hat er bei keinem einzigen Falle unangenehme Erscheinungen erlebt. Gerade das, was bei dem Kochschen Tuberkulin so unangenehm in Erscheinung tritt, die erheblichen Allgemeinreaktionen, Mattigkeit, intensive Kopfschmerzen, Erbrechen, fehlt bei der Verwendung des Rosenbachschen Tuberkulins. Auch die Temperatursteigerungen halten sich gewöhnlich in mäßigen Grenzen. Diesen geringgradigen Allgemeinreaktionen gegenüber sind nun aber die Lokalreaktionen meist weit stärker als bei dem Kochschen Tuberkulin. Schon wenige Stunden nach der Einspritzung trat örtliche Rötung und Schwellung auf, die sich rasch ausbreitete und oft den ganzen Arm befiel. Die starken Lokalreaktionen sind übrigens zu vermeiden, wenn man tief subkutan oder intramuskulär injiziert. Auf feuchten Verband und Hochlagerung verschwand aber diese lokale Reaktion innerhalb 1 oder 2 Tagen vollkommen. Sie ist also harmlos. Sehr charakteristisch waren in jedem Falle die Herdreaktionen. Bei Lungentuberkulose steigerte sich der Husten und die Rasselgeräusche über den befallenen Lungenpartien vermehrten sich in auffälliger Weise. Nach einigen Tagen gingen diese Erscheinungen zurück, um bei einer neuen Injektion wieder aufzutreten, aber in vermindertem Maße, bis sie schließlich nach mehr oder weniger kurzer Zeit vollständig verschwanden. Bei exsudativer Pleuritis und Peritonitis nahmen die Flüssigkeitsmengen ziemlich rapid ab, die knotigen Verdickungen des Bauchfells und des Netzes, ebenso die geschwollenen Mesenterialdrüsen bildeten sich stetig zurück. Frisch erkrankte Lymphdrüsen, solange sie frei von tuberkulösen Granulationen und Verkäsung waren, schwollen zunächst ödematös an, um sich dann allmählich mehr und mehr zu verkleinern. Tuberkulöse Knochen- und Weichteilherde, die sich nicht aufsaugen konnten, brachen nach außen auf, entleerten Eiter und kamen, unresorbierbare Produkte ausstoßend, unter Schrumpfung zur Heilung. Dasselbe ist von der Hauttuberkulose zu berichten. Neben diesen eben geschilderten Herdreaktionen war bei allen Kindern eine überraschend günstige Einwirkung durch das Rosenbachsche Tuberkulin auf das Allgemeinbefinden und auf die subjektiven Beschwerden zu beobachten. Meist schon nach wenigen Injektionen fühlten sich die Kinder wohler und kräftiger, bekamen besseren Appetit und nahmen auffällig an Gewicht zu. Wo Fieber bestand, wurde es günstig beeinflußt, indem es in mehr oder weniger kurzer Zeit zurückging oder wenigstens niedrigere Werte annahm. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Juni 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Kurze Mitteilung mit Demonstration der Organe eines nach Friedmann behandelten Falles von Tuberkulose.

Herr **Westenhöfer** hatte Gelegenheit, einen Mann (Arzt), der von Friedmann selbst im Januar d. J. mit dessen Mittel behandelt worden war und am 14. Februar wegen einer Hämoptoe in die Charité eingeliefert wurde, wo er bald starb, zu obduzieren. Friedmann soll dem Kranken sichere Heilung in Aussicht gestellt haben. Die Obduktion ergab im rechten Mittellappen der Lunge in einem Ast der Pulmonalarterie ein Aneurysma, aus welchem die tödliche Blutung erfolgt war. In beiden Lungen fanden sich Kavernen. Neben Stellen, die Heilungstendenz zeigten, waren Anzeichen von fortschreitender Tuberkulose vorhanden. Es fanden sich miliare Tuberkel sowohl in der Lunge wie in den anderen inneren Organen. Das Herz war sehr klein. Die Injektion war von Friedmann in den linken Glutäus gemacht worden. An der Injektionsstelle ergab die mikroskopische Untersuchung ausgesprochene Tuberkulose mit Tuberkelbacillen. Die Bacillen erschienen kürzer und dicker als sonst Tuberkelbacillen. Man kann natürlich nicht mit Sicherheit behaupten, daß die miliare Tuberkulose in diesem Falle die Folge der Friedmannschen Injektion gewesen ist; immerhin muß man in Erwägung ziehen, ob ein Zusammenhang besteht. Vielleicht hat eine unzweckmäßige Lebensweise des Kranken in den letzten Wochen seines Lebens zur Ausbreitung der Tuberkulose beigetragen. Bei der lokalen Tuberkulose an der Injektionsstelle kann man die Frage aufwerfen, ob sie durch die Injektion selbst hervorgerufen wurde oder ob sich dort als in einem Locus minoris resistentiae die im Körper vorhandenen Tuberkelbacillen angesiedelt haben. Friedmann selbst behauptet, daß die von ihm injizierten Bacillen völlig avirulent sind.

Diskussion:

Frau **Lydia Rabinowitsch**: Friedmann hat nur angegeben, daß er eine avirulente Schildkrötentuberkelbacillenkultur zu seinen Injektionen benutzt. Bisher war noch kein anderer Untersucher in der Lage, die Angaben Friedmanns am authentischen Material nachzuprüfen. Kürzlich hat nun Frau R. aus Amerika, wo Friedmann augenblick-

lich weilt, eine Reinkultur erhalten, die bei einer von F. drei Wochen vorher geimpften Patientin aus einem Impfabszeß gezüchtet worden ist. Nach den bisherigen Feststellungen hat diese Friedmannsche Kultur Aehnlichkeit mit einer von Dubard schon vor 15 Jahren aus einem Karpfen gezüchteten Kultur von Kaltblütertuberkulosebacillen. Der Abszeßeiter enthielt nach Angabe der amerikanischen Aerzte einen zweiten nichtsäurefesten Bacillus. Die Friedmannschen Bacillen lassen sich im Gegensatz zu den echten Tuberkelbacillen leicht auf den üblichen Nährböden weiterzüchten. Schon früher wurden von anderen Forschern Untersuchungen über die Kaltblütertuberkelbacillen angestellt und damit auch Immunisierungsversuche unternommen, z. B. von Küster, A. Moeller und Edwin Klebs. Diese Immunisierungsversuche haben sehr wenig befriedigende Ergebnisse gehabt. Nach eigenen Untersuchungen von Frau R. sind diese Kaltblütertuberkelbacillen nicht avirulent für die Versuchstiere. Wie sich in dieser Hinsicht die Friedmannsche Kultur, die in den Händen von Frau R. ist, verhält. müssen erst die weiteren Versuche ergeben. Einen gewissen Tuberkuloseschutz kann man beim Versuchstier mit allen möglichen Bakterien und Chemikalien erreichen; es handelt sich dabei nur um eine erhöhte Resistenz, aber keine eigentliche Immunität gegen die tuberkulöse Infektion.

Herr **Schleich** hat, nachdem er vorher bei chirurgischen Fällen günstige Resultate durch die Friedmannsche Behandlung gesehen, für die Zeit von F.s Abwesenheit in Amerika die Versorgung von F.s hiesigen Patienten mit dem Mittel übernommen. Er arbeitet jetzt 4 Monate mit dem Mittel. Das Friedmannsche Mittel ist von diesem Exzellenz Ehrlich zur Prüfung übergeben, der erklärte, vor Ablauf eines Jahres sei er außerstande, sich über den Wert des Mittels zu äußern. Redner selbst hat günstige Erfolge durch die Friedmannsche Behandlung gesehen. Er bedauert die gegen Friedmann in den Tageszeitungen erhobenen Angriffe und beantragt im Interesse eines objektiven Urteils eine offizielle Kommission aus der Versammlung zu ernennen, welche die durch die Friedmannsche Behandlung erzielten Erfolge wissenschaftlich kontrollieren soll. Er erklärt sich auch bereit, jedem Kollegen die Friedmannschen Fälle am Ort der Behandlung, Lützowstr. 49, zu zeigen.

Herr **Max Wolff** hat Gelegenheit gehabt, zwei von Friedmann behandelte Fälle zu sehen. Der eine Patient, der eine leichte rechtsseitige Lungenspitzentuberkulose hat und schon in einer Heilstätte war, bekam innerhalb drei Wochen drei Friedmannsche Injektionen, 2 mal intraglutäal, 1 mal intravenös. Es ist durch die Einspritzungen eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens eingetreten. Der objektive physikalische Befund hat sich gegen früher nicht verändert. In dem zweiten Falle, der eine Lungentuberkulose mit traumatischer Pleuritis betrifft, ist nach zwei intraglutäalen Injektionen subjektiv und objektiv eine Verschlechterung eingetreten. Redner erwähnt dann noch seine Erfahrungen in Tierversuchen mit den von Herrn Piorkowski gezüchteten Schildkrötentuberkelbacillen. Günstige Resultate hat er mit diesen Schildkrötentuberkelbacillen bei der Impftuberkulose der Meerschweinchen nicht gesehen.

Herr **Karfunkel** war früher Mitarbeiter Friedmanns, hat sich aber von ihm getrennt. Er konnte mehrere Abszesse von Patienten untersuchen, die mit dem Friedmannschen Mittel behandelt worden waren. Er fand in diesen Abszessen niemals säurefeste Bacillen, sondern nur einen nichtsäurefesten Bacillus. In den Piorkowskischen Emulsionen fand K. säurefeste und nichtsäurefeste Bacillen; die letzteren stimmten mit den aus den Friedmann-Abszessen gezüchteten Bacillen überein. K. hat die aus den Abszessen gezüchteten nichtsäurefesten Bacillen anfangs zu Tierversuchen, später zu Injektionen am Menschen verwendet; er hat damit dieselben Resultate erzielt, wie er sie früher von der Friedmannschen Kultur gesehen hatte. Er hat 800 Fälle gesehen, die mit Friedmannschen Bacillen behandelt worden sind. Ob die Patienten Abszesse bekommen oder nicht, ist für den Heileffekt gleichgültig, oder höchstens insofern, als die Abszesse den Patienten sehr schwächen und dadurch den ganzen Erfolg in Frage stellen können. Bei den Injektionen mit den von K. aus den Abszessen gezüchteten Bacillen traten bisher niemals Abszesse auf. Auf Grund aller dieser Beobachtungen ist K. der Ueberzeugung, daß es sich bei dem Friedmannschen Bacillus gar nicht um einen säurefesten Tuberkelbacillus handelt, sondern um einen nichtsäurefesten Bacillus.

Herr **Fritz Lesser** hebt hervor, daß man nach den Untersuchungen an der Neisserschen Klinik nach Injektionen von Alttuberkulin bei Lupuskranken an gesunden Hautstellen dort nach einiger Zeit in exzidierten Partien typische Tuberkeln mit Riesenzellen, ohne Tuberkelbacillen findet. Daraus folgert L., daß die von Westenhöfer an der Injektionsstelle gefundenen Veränderungen durch die Friedmannsche Injektion hervorgerufen waren.

Herr **Fritz Meyer** bemerkt, daß der von Westenhöfer vorgetragene Fall höchstens beweist, daß das Friedmannsche Mittel nichts nützt; eine Schädigung durch das Mittel ist nicht bewiesen. Nach der Pirquetschen Hautimpfung werden dieselben histologischen Befunde gesehen, wie sie von Westenhöfer demonstriert wurden. M. hat mit der Piorkowskischen Kultur gearbeitet; es fand sich, daß diese Kultur nicht imstande war, Krankheitserscheinungen an gesunden Tieren hervorzurufen; und das daraus gewonnene Tuberkulin rief keinerlei Reaktion an schwer tuberkulösen Tieren hervor. M. hat auch, nachdem er sich von der relativen Unschädlichkeit des Präparates überzeugt hatte, eine Reihe von allerdings sehr schweren Tuberkulosekranken mit den Piorkowskischen Emulsionen behandelt, aber in keinem Falle einen Heilerfolg, nicht einmal eine einzige dauernde Besserung gesehen. Vorübergehende scheinbare Besserungen nach 6—7 Tagen, die manchmal 4 Wochen lang anhielten, wurden in einer Reihe von Fällen beobachtet; sie können dazu verführen, dem Präparat einen Heilwert gegen die Tuberkulose zuzuschreiben. Zum Schluß erwähnt M., daß Herr Karfunkel sich in der Diskussion zu dem Friedmannschen Vortrag viel begeisterter über die Erfolge ausgesprochen habe als heute.

Herr **Piorkowski** betont zunächst, daß die von Herrn Max Wolff angestellten Versuche als unzureichend gelten müssen. Er macht dann noch genauere Mitteilungen über die von ihm hergestellten Bacillenpräparate und erwähnt, daß die damit erzielten therapeutischen Erfolge teils günstig, teils weniger günstig waren. Auch einige auswärtige Tuberkuloseärzte haben sich anerkennend über die damit erzielten Erfolge ausgesprochen.

Herr **Schwalbe** erklärt, daß Friedmann es durch sein Verhalten selbst verschuldet hat, daß er in den Zeitungen angegriffen wurde. Die deutschen Aerzte sind mit der Art der Propaganda, die für das Friedmannsche Mittel gemacht wurde, keineswegs einverstanden. Auch hat Friedmann dem staatlichen Gesundheitsamt in Washington gegenüber sein Versprechen, über die Herstellung seines Heilmittels Genaueres bekannt zu geben, nicht gehalten. Nach neuesten Berichten aus Amerika sollen übrigens die ersten von Friedmann Anfang März gemachten Impfungen sämtlich ungünstige Resultate ergeben haben.

Herr **Karfunkel** (Schlußwort) wendet sich gegen die Bemerkung von Herrn F. Meyer und betont, daß er noch dieselben Resultate wie früher bekomme, abgesehen davon, daß Abszesse nicht mehr auftreten.

Nachweis von Spirochaete pallida bei allgemeiner Paralyse von G. Marinesco und J. Minea (Bukarest).

Herr **A. v. Wassermann** verliest eine Mitteilung von Prof. **Marinesco** und Dr. **J. Minea** in Bukarest, wonach es diesen in zwei Fällen (unter 26) von allgemeiner Paralyse gelungen ist, Spirochaete nachzuweisen, und zwar in dem einen Falle nur in den Meningen, in dem anderen in der Hirnrinde. — Herr v. Wassermann legt ein von Marinesco ihm übersandtes mikroskopisches Schnittpräparat zur Besichtigung vor.

Diskussion:

Herr **J. Citron** erwähnt, daß inzwischen auch Marie und Levaditi in Paris in 6 Gehirnen von Paralytikern die Spirochaete nachgewiesen haben. Er wendet sich ferner gegen die in der Mitteilung von Marinesco vertretene Ansicht, daß es sich bei der Paralyse um besonders giftfeste Spirochäten handele und daß sich daraus der Mißerfolg der antisyphilitischen Therapie erkläre. Er erklärt sich diese Erfolglosigkeit anders. Man findet bei der Lues immer, auch bei der Lues cerebrospinalis, eine positive Wassermannsche Reaktion nur im Blutserum, während bei der Paralyse auch die Lumbalflüssigkeit positiv reagiert und manchmal nur sie allein. Wie C. früher in Gemeinschaft mit Herrn v. Wassermann nachgewiesen hat, erfolgt überall dort, wo ein Infekt ist, in der Regel auch die Antikörperproduktion. Das gilt auch für die Syphilis. C. schließt nun, daß der Abfluß dieser Antikörper in das Blut bei der Paralyse gehindert ist und daß in analoger Weise die Medikamente aus dem Blut an die Krankheitsherde in das Gehirn gelangen. Man müßte versuchen, Medikamente zu finden, die man intralumbal oder intracerebral anwenden kann. Kolloidales Quecksilber und vielleicht auch Neosalvarsan kämen hierfür in Betracht.

Herr **Lewandowsky** weist darauf hin, daß die Lues cerebrospinalis im Gefäßbindegewebe beginnt, während die Paralyse im nervösen Parenchym beginnt und auch darauf beschränkt bleibt. Das ist vielleicht überhaupt der Unterschied zwischen den sogen. metasyphilitischen und den eigentlichen luetischen Erkrankungen. Hierdurch erklärt sich das verschiedene Verhalten der Lumbalflüssigkeit in beiden Fällen. Die Hypothese des Herrn Citron lehnt L. ab; seinen therapeutischen Vorschlag hält er für erwägungswert.

Herr **Fritz Lesser** hält die Ansicht von Citron, daß die Wassermannsche Reaktion durch Antikörper hervorgerufen wird, für irrig. Die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Therapie bei der Tabes und Paralyse beruht darauf, daß hier schon Degenerationen, d. h. irreparable anatomische Veränderungen, vorhanden sind, welche durch Antisyphilitica natürlich nicht beseitigt werden können. Letztere bringen nur die Spirochäten zum Verschwinden.

30. Deutscher Kongress für innere Medizin

zu Wiesbaden vom 15. bis 18. April 1913.

Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

Nachtrag

zur Sitzung vom Dienstag, den 15. April 1913.

Diskussion:

Herren **Rautenberg** (Berlin), **Edens** (München).

Herr **F. v. Müller** (München): Die Relation zwischen der Beteiligung von Eiweiß und Kohlehydraten am Gesamtstoffwechsel ist sehr schwierig zu bestimmen und als Basis für die Entscheidung der Frage, ob es einen toxischen Eiweißzerfall im Fieber gibt, auch nach Senators Ansicht ungeeignet. Ebenso ist N-Gleichgewicht ein relatives Maß, denn es läßt sich auch im hochfiebernden Zustand durch ungeheure Ueberschwemmung mit Kohlehydraten erreichen. Zweckmäßig erscheint es, die Leute auf N-Minimum durch Ueberschwemmung mit Kohlehydraten zu bringen; durch Ueberhitzung oder durch große Märsche (Rundgang um den Starnbergersee) läßt sich dann der N-Stoffwechsel nicht in die Höhe treiben, dagegen ist das N-Minimum bei fieberhaften Kranken immer etwas erhöht, selbst bei Ueberschwemmung mit Kohlehydraten. An dem febrilen N-Zerfall ist doch etwas ganz Besonderes.

Herr **Loening** (Halle): Es kann sich im Fieber nicht lediglich um einen Hungerzustand handeln; Intoxikationen spielen sicher dabei auch eine Rolle.

Herr **F. Kraus** (Berlin): Zwischen beiden Referaten besteht ein gewisser Gegensatz. Herr Meyer spricht von einem thermoregulatorischen, Herr Krehl von einem thermogenetischen Zentrum. Während nach Krehls Ansicht Temperatur und Stoffwechselsteigerung im Fieber nicht getrennt marschieren, bezeichnet K. beide als zwei Tasten einer Klaviatur, welche nicht immer gleich stark angeschlagen werden. Das zeigen die Untersuchungen im Anaphylaxie- und im Trypanosomenfieber, im fièvre intermittante hépatique und beim Tuberkulösen. K. ist trotz der Arbeiten von Grafe überzeugt, daß beim Eiweißstoffwechsel im Fieber etwas Besonderes vorliegt.

Herr **v. Jaksch** (Prag) ist gegen die Anwendung von Antipyreticis und Alkohol bei Typhus; von der früher übertriebenen Bäderbehandlung des Typhus möchte J. die Lakenbäder beibehalten.

Herren **Schnée** (Schwalbach), **Morawitz** (Freiburg): Erzeugt man bei Kaninchen oder Meerschweinchen aseptische Thrombosen, so entstehen infolge Koagulation und Zerfall von zahlreichen Blutplättchen Fiebersteigerungen.

Herr **Marchand** (Heidelberg) konnte gemeinsam mit Freund keinen Parallelismus zwischen Höhe des Blutdruckes und der Temperatur bei menschlichem infektiösen Fieber finden. Ebenso tritt bei aseptischem Fieber gewöhnlich keine Hyperglykämie beim Kaninchen ein.

Herr **K. Reicher** (Bad Mergentheim): Angesichts von subnormalen Temperaturen bei Hypofunktion der Thyreoidea und Neigung zu Fieber bei Basedow ist es von Interesse, daß R. bei mehreren Basedowkranken mit reichlicher Fettnahrung Temperaturen bis zu 39° hervorrufen konnte, dagegen nicht mit isodynamen Eiweiß- oder Kohlehydratmengen.

Herr **Lennhoff** (Berlin) hat mit Levy-Dorn an gesunden Ringkämpfern ein Bewegungsfieber bis zu 39° konstatieren können.

Herr **Moritz** (Cöln) befürwortet eine vorsichtige Pyramidonbehandlung bei Typhus.

Herr **Krehl** (Schlußwort): Gefäßnerven- und Wärmeregulationszentrum liegen nach Müller und Leschke beide in der Regio subthalamica, das ist sehr plausibel. K. ist im Gegensatz zu Müller und Kraus von einem toxogenen Eiweißzerfall im Fieber nicht überzeugt. Für die Möglichkeit von fieberhaften Temperatursteigerungen ohne Erhöhung des Gesamtstoffwechsels wäre die Arbeit von Frl. Hirsch der erste Beweis. Doch ist dagegen der Einwand zu erheben, daß das Anaphylaxiefieber an der Grenze zwischen Fieber und Kollaps steht. Es müßten stündliche Temperaturmessungen vorhanden sein, um die Ergebnisse ohne weiteres verwerten zu können. Neuerdings wird die Bedeutung niedriger Temperatursteigerungen (37,3—37,5) vielfach übertrieben.

Herr **G. Jochmann: Salvarsan bei Scharlach.**

J. hat 109 Fälle mit Alt- und 8 mit Neosalvarsan behandelt. Auffallend günstig wurde die Scharlachangina, speziell die Angina necroticans, beeinflußt, deren Nekrosen sich unerwartet schnell zu reinigen begannen und vielleicht so das seltene Auftreten von Otitis zur Folge hatten. Nachkrankheiten, wie Drüsenschwellungen und Nephritis, wurden dagegen durch Salvarsan nicht verhütet. Leichtere Fälle von Scharlach bedürfen nicht der Salvarsanbehandlung, wohl aber die schwer toxischen. Das Neosalvarsan ist zur Scharlachbehandlung nicht geeignet.

Diskussion:

Herr **Schreiber** (Magdeburg) hat auch mit kleinen Dosen Salvarsan schöne Erfolge gesehen, selbst bei lokaler Anwendung.

Herr **Benario** (Frankfurt): Der anorganische Wasserfehler ist bei Neosalvarsan besonders zu beachten. Volhards Methode (kleine Dosis früh, große am Spätnachmittag) sollte bei Scharlach versucht werden.

Herr **Menzer** (Bochum) hat Bedenken gegen die Anwendung von Salvarsan bei Scharlach.

Sitzung vom Donnerstag, den 17. April 1913.

Herr **K. Bürker** (Tübingen): **Die Thoma-Zeisssche Zählmethode der Erythrocyten gibt um 7 pCt. zu hohe Werte an.**

Vor zwei Jahren ausgeführte vergleichende Versuche in Tübingen und im Sanatorium Schatzalp, 300 m über Davos, haben ergeben, daß es im Hochgebirge zu einer absoluten Vermehrung der roten Blutkörperchen und des roten Blutfarbstoffes kommt, aber zu keiner so großen, als man bisher angenommen hat, daß ferner ein Monat nach der Rückkehr ins Tiefland noch eine sehr beträchtliche Nachwirkung besteht. Weitere methodische, zur Sicherung des Resultats mit dem neuen Zählapparate des Vortragenden angestellte Untersuchungen haben ergeben, daß die bisher meist benutzte Thoma-Zeisssche Zählmethode mit einem Fehler von 7 pCt. behaftet ist. Das Mißverhältnis, das bisher zwischen der Zahl der roten Blutkörperchen und dem Farbstoffgehalt des Blutes im Hochgebirge beobachtet wurde, beruht darauf, daß der durch das rasche Senkungsbestreben der schweren Blutkörperchen in der leichteren Verdünnungsflüssigkeit bedingte Fehler im Hochgebirge dadurch vergrößert wird, daß dort die Blutkörperchen farbstoffreicher werden und dabei sich noch rascher senken. Ganz gewaltig kann der Fehler bei Zählung im verschiedenartigen Blute werden, denn das Senkungsbestreben ist z. B. bei Rattenblutkörperchen um 33 pCt. kleiner, bei Taubenblutkörperchen um ebensoviel größer und bei Froschblutkörperchen gar um 500 pCt. größer als bei menschlichen roten Blutkörperchen. Auch im pathologischen Blute mit seinen farbstoffarmen Blutkörperchen einerseits und seinem farbstoffreichen andererseits macht sich der Fehler, und zwar in sehr verschiedenem Maße, geltend. Die älteren Zählmethoden sind daher schon unter gewöhnlichen Bedingungen zur exakten Ermittelung der Zahl der roten Blutkörperchen ungeeignet.

Herr **Matthes** (Marburg): **Ueber die Huntersche Zungenveränderung bei perniciöser Anämie.**

Hunter hat eine Zungenentzündung beschrieben, die angeblich nur bei dieser Erkrankung, und zwar in jedem Falle, vorkommen soll und mit analogen Veränderungen im Magen-Darmkanal einhergeht. Hunter hat namentlich auf den Befund von Streptokokken in diesen Veränderungen hingewiesen und sie als die Einfallspforte für die die Anämie erzeugende Infektion erklärt. Diese Zungenentzündung ist in Deutschland bisher nicht als charakteristisch angesehen worden. Vortragender berichtet über 10 derartige Fälle mit Zungenveränderungen. Dagegen konnte er das Vorkommen von Streptokokken darin nicht bestätigen. Wohl aber konnte man durch Sektionsbefunde das Vorkommen einer Hämolyse im Pfortadergebiet konstatieren. Darin sowohl wie in der Eisenverteilung in den Organen ist eine Stütze für den Ursprung der Erkrankung in dem Gebiete des Verdauungstraktus zu sehen. Die Zungenentzündung kommt jedoch nicht in allen Fällen zur Beobachtung. Sie ist, wenn vorhanden, diagnostisch wichtig, da sie ein Frühsymptom ist und vor den eigentlichen Blutveränderungen auftritt.

Der Vortr. hält einen infektiösen Ursprung der Erkrankung für wahrscheinlich und macht namentlich auch auf das familiäre Vorkommen der Erkrankung aufmerksam. Erwiesen ist der infektiöse Ursprung aber bisher nicht. Auch Uebertragungsversuche auf Affen schlugen bisher fehl.

Diskussion:

Herr **E. Meyer** (Straßburg) weist auf die perniciöse Anämie der Pferde hin, die man durch Ueberimpfung des Serums kranker Tiere auf andere übertragen kann. Nach einer Latenzperiode von 10 Tagen treten die anämischen Erscheinungen auf und auch in Milz und Leber entwickeln sich allmählich dieselben histologischen Veränderungen wie bei den spontan erkranken Tieren.

(Fortsetzung folgt.)

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **Schloffer** (Prag): **Zur Behandlung der Sehstörungen beim Turmschädel** (Kanaloperation).

Sch. hat in zwei Fällen von Sehstörung beim Turmschädel nach Lüften des Stirnhirns samt der Dura das Dach des knöchernen Canalis opticus entfernt. Die Operation wurde an zwei Knaben, und zwar bei beiden am schlechteren Auge, vorgenommen. Veranlassung zu diesen Eingriffen gab die von Sch. mehrmals beobachtete Erfolglosigkeit der druckentlastenden Operation (einmal Balkenstich, zweimal Dekompressivtrepanation), ferner die in der Literatur immer

wiederkehrenden Angaben über Kompression des Opticus im Canalis opticus oder hinter diesem als Ursache der Sehstörung bei synostotischem Schädel.

Das Ergebnis der „Kanaloperation" war zunächst unveränderter Visus und Spiegelbefund (von ophthalmologischer Seite [Elschnig] untersucht). In einem der 3 Fälle war drei Wochen nach der Operation an dem bis dahin amaurotischen Auge Lichtempfindung vorhanden, nachdem zuvor die Dekompressivtrepanation an diesem Auge wohl zu einer Wiederkehr der Pupillenreaktion geführt, aber in den letzten vier Monaten vor der Kanaloperation den Zustand nicht weiter geändert hatte.

Sch. zieht aus seinen bisherigen Erfahrungen nur den Schluß, daß man, wenn Balkenstich und Dekompressivtrepanation erfolglos geblieben wären, einen Versuch mit der Kanaloperation machen dürfe, während bisher diese Gegend als unangreifbar gegolten hatte, offenbar wegen der befürchteten Verletzung des Nervus opticus.

Ueber die Aussichten der Kanaloperation, über ihre Indikationen, den Zeitpunkt des Eingriffs müssen erst weitere Erfahrungen entscheiden. Es wird in dieser Hinsicht sehr darauf ankommen, ob die neueren Theorien in bezug auf Einklemmung des Nerven im Foramen opticum (Behr) zu Recht bestehen. Nach Schs Untersuchungen an skelettierten Schädeln ist dies wahrscheinlich.

Herr **Sauerbruch** (Zürich): **Ueber das Zustandekommen der Epilepsie.**

In einer ersten Versuchsreihe untersuchte er die Bedingungen, unter denen es zur traumatischen Rindenepilepsie kommt. Bei Affen wurde auf verschiedene Weise die motorische Rindenregion geschädigt. Längere Zeit nach diesem Eingriff verabreichte man ihnen Kokain und konnte nun feststellen, daß die Schädigung der Hirnzentren eine gesteigerte Erregbarkeit derselben hervorgerufen hatte. Kleine Dosen Kokain, die bei einem Kontrolltier keinen Anfall auslösen, rufen hier eine Attacke hervor. Werden diese Kokainkrämpfe in Intervallen längere Zeit wiederholt, so können schließlich bei den Tieren auch spontane Krämpfe entstehen. Bei solchen Tieren genügen schon sehr kleine Anlässe, um einen Anfall auszulösen.

In einer zweiten Versuchsreihe konnte gezeigt werden, daß anatomische Schädigungen der Rinde keineswegs notwendig sind, um eine gesteigerte Erregbarkeit mit Neigung zu Anfällen hervorzurufen. Wenn bei einem Affen eine Vorder- oder Hinterpfote zwei Stunden durch passive Beuge- und Streckbewegungen ermüdet wird, so wird dadurch eine gesteigerte Erregbarkeit des korrespondierenden motorischen Zentrums hervorgerufen. Es genügen kleinere Kokaindosen als in der Norm, um Krämpfe hervorzurufen, und bei längerer Fortdauer der Kokainverabreichung kann es gelingen, die Tiere epileptisch zu machen.

Das Hauptergebnis dieser Versuche ist der Nachweis, daß zwei Faktoren zur Auslösung der epileptiformen Anfälle und der später sich daraus entwickelnden Krankheit notwendig sind. Im Anschluß daran bespricht S. die Therapie und weist darauf hin, daß nur bei groben anatomischen Veränderungen in der motorischen Rindenregion die chirurgische Behandlung gute Resultate gezeitigt hat. In den anderen Fällen, besonders bei der sog. genuinen Epilepsie, kommt es mehr darauf an, die Erregbarkeit der Hirnrinde herabzusetzen. Hier scheint die von Trendelenburg in die experimentelle Physiologie eingeführte reizlose Ausschaltung durch Kälteeinwirkung ein Verfahren zu sein, das in Zukunft auch bei der Behandlung der menschlichen Epilepsie in Anwendung kommen kann.

Herr **J. J. Muskens** (Amsterdam): **Traumatische Epilepsie mit Schädelläsion.**

Vortr. legt Nachdruck auf dne Seltenheit dieser Form von Epilepsie. Unter 1200 Nichtepileptikern, innerhalb 10 Jahren untersucht, fanden sich nur vier. Zwei Fälle wurden vor drei Jahren operiert und blieben seither rezidivfrei. Die eine Kranke hatte in früher Jugend sich eine Schädelfraktur in der Parietalgegend zugezogen; im Jahre 1902 traten unlaterale Anfälle auf. Sie wurde anderweitig operiert (Wagnerlappen), worauf die vorhanden gewesene Lähmung zurückging; die Anfälle blieben aber und verallgemeinerten sich. Im Anfang 1910 fanden sich in der Mitte des Wagnerlappens zwei kleine Sequester in einem lazerierten Defekte der Dura, nach deren Fortnahme die Anfälle bestehen blieben. Sie verschwanden erst nach Freilegung der Rinde und nach Aufsuchen und Ausscheiden des Zentrums, von wo aus (nach Winkler) genau der früher beobachtete Anfall hervorgerufen wurde. Im vierten Falle hatten sich 12 Jahre nach einem Bruch im Frontalknochen schwere Kopfschmerzen und noch später epileptische Anfälle Jacksonschen Charakters entwickelt. Es fand sich bei der Operation unter der Dura ein Venengeflecht, nach dessen Wegnahme Heilung (bis jetzt, nach drei Jahren) eintrat.

Der ursprüngliche Rat Horsleys, daß man erst die erkrankte Schädelstelle entfernt und später, wenn diese Maßnahme sich als ungenügend erweist, die Dura breit, wegen der so oft festgestellten Diskordanz zwischen Läsionsstelle und dem entladenden Zentrum, eröffnet, ist immer noch wohl der beste. Das Aufsuchen geschieht auf elektrischem Wege, und zwar nur auf diesem, und zwar muß die Reizung der betr. Stelle stereotyp die beobachteten Anfälle hervorrufen, worauf man sie exzidiert. Die Indikation und Prognose ist in hohem Grade von den Verhältnissen abhängig; nur als maßgebend können die Fälle betrachtet werden, in welchen sowohl die Beobachtung (spezielles Spital für nichtdemente Epileptische) als die Nachbehandlung sowie auch der chirurgische Eingriff unter den der Zeit nach verbesserten Umständen stattfindet.

Herr **Ritter** (Posen): **Ueber Verminderung des Blutgehaltes bei Schädeloperationen.**

Das in drei Fällen angewendete Verfahren besteht in der temporären Abklemmung der Karotiden. Arterielle Blutungen kommen nicht zustande, venöse versiegen nach kurzer Zeit; die Patienten sind bewußtlos und bedürfen keiner Narkose.

Herr **Hildebrand** (Berlin) fand bei 50 mit der Diagnose Kleinhirntumor ausgeführten Operationen die operativen Chancen besser als bei seinen 80 Großhirntumoren. Bei der geringeren funktionellen Wichtigkeit des Kleinhirns kann man dort nach allgemein chirurgischen Prinzipien im Gesunden operieren; am Großhirn geben eigentlich bloß die von den Hirnhäuten aus hereingewachsenen Geschwülste (Endotheliome) eine leidliche Prognose. Am günstigsten ist die Operationsprognose bei den Rückenmarkstumoren, welche meistens ebenfalls von den Häuten ausgehen und nur geringe Tendenz haben, in die Medulla hineinzuwuchern. Er stellt fünf dauernd (d. h. mehr als 3 Jahre) geheilte Patienten vor, die sämtlich schwere Ausfallserscheinungen gehabt hatten.

Herr **Küttner** (Breslau): Demonstration eines Falles von **angeborenem Turmschädel.**

Herr **F. Krause** (Berlin): Die Operationsprognose bei den Großhirntumoren hat sich bei der erheblichen Zunahme der Operationen etwas verschlechtert, doch bleibt die Operation indiziert, sobald Verdacht auf Tumor besteht. Von den Tumoren der hinteren Schädelgrube geben solche der Kleinhirnsubstanz — und selbst solche des Daches des 4. Ventrikels — eine leidliche Prognose. Recht schlecht waren seine Dauerresultate bei Acusticustumoren: unter 40 Fällen nur 4 gute Erfolge. Stets waren die Tumoren groß, hatten Pons und Oblongata komprimiert, so daß nach ihrer Entfernung häufig das Atemzentrum gelähmt wurde. Es wäre nötig, diese Fälle in einem früheren Stadium zur Operation zu bekommen, zumal die Diagnose im allgemeinen leicht ist. Hypophysistumoren hat K. nach allen beschriebenen Methoden operiert, auch einmal nach derjenigen von Hirsch.

Diese erfordert eine spezialistisch rhinologische Vorbildung, liegt dem Chirurgen wenig, hat indessen vor derjenigenn Schloffers den Vorzug, daß sie keine entstellenden Narben hinterläßt und nicht zu Ozaena führt. Nach Schloffer hat er 7 mal operiert, konnte jedoch nur ein einziges Mal den ganzen Tumor exstirpieren. Er kommt daher auf seine Operation von der Stirn aus zurück. Eine auf diese Weise vor 4½ Jahren wegen eines überpflaumengroßen Tumors operierte Patientin hat alle akromegalischen Symptome verloren und die Menses sind wiedergekehrt. Diese radikale Methode muß jedesmal angewendet werden bei Verdacht eines Uebergreifens des Hypophysistumors auf das Stirnhirn, überhaupt auf die benachbarten Hirnteile.

Auf Grund mehrerer Dauerheilungen hält er daran fest, daß die Meningitis serosa des Rückenmarks eine eigene Krankheit ist; mehrere Fälle sind seit fünf Jahren geheilt. Auch für die gleiche viel seltenere Krankheit des Gehirns verfügt er über zwei Dauerheilungen. Die Inzision in der hinteren Kommissur des Rückenmarks — genau in der Mittellinie — wird ohne bleibenden Schaden vertragen. K. hat sie bei Rückenmarksoperationen mehrmals ausgeführt, um einen intramedullären Erkrankungsherd aufzusuchen.

Herr **Stieda** (Halle): **Exstirpation eines 125 g schweren Hirntumors bei einem 10jährigen Kinde durch v. Bramann.** Krankennvorstellung.

Herr **Zander** (Halle) demonstriert zwei durch Laminektomie von **Spondylitis tuberculosa** nebst Rückenmarkskompression geheilte Kinder.

Herr **Schloffer** (Prag) demonstriert ein Gehirn mit einem **mächtigen Gliom der linken Großhirnhemisphäre**, an welchem die ungünstigen Bedingungen für die Ausführung des Balkenstiches bei mächtigen Großhirntumoren besonders deutlich zum Ausdruck kommen. Schon bei Ausführung des Balkenstiches (links) war es aufgefallen, daß die Kanüle eine schiefe Lage annahm, daß wenig und sehr bald blutig tingierter Liquor abfloß. Der Kranke starb nach der Palliativtrepanation und es zeigte sich, daß der Tumor, der vom Gyrus hippocampi (links) seinen Ausgang genommen hatte, den Seitenventrikel weitgehend erfüllte. Kein Hydrocephalus der Seitenventrikel. Der Balkenstich war gelungen, aber die Oeffnung durch den Plexus chorioideus verlegt.

Herr **Creite** (Göttingen): **Operation einer Kleinhirncyste,** welche sich nach Fall auf die Stirn ausgebildet hatte. Subkutane Drainage.

Herr v. **Saar** (Wien): Zwei Fälle von **tumorartiger, epiduraler Granulationswucherung** tuberkulösen Ursprungs.

Herr **Becker** (Coblenz) empfiehlt an der Hand einer Krankengeschichte statt der **Sondierung des Rückenmarks Punktion** mit einer feinen Spritze. (Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Der Magensaftfluß und verwandte Sekretionsstörungen. Von Sanitätsrat Dr. **A. Günzburg**, leitender Arzt an der Inneren Abteilung des Krankenhauses der Israelitischen Gemeinde zu Frankfurt a. M. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Bd. 4, H. 7.) Halle a. S. 1913, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 69 S. 2 M.

In der vorliegenden Schrift behandelt Verf. diejenigen Störungen der Magensaftsekretion, die durch eine Vermehrung des Magensekrets oder durch erhöhten Salzsäuregehalt desselben charakterisiert sind. In der Einleitung bespricht Verf. die Physiologie der Magensaftsekretion nebst den entsprechenden Untersuchungsmethoden soweit, als dies für das Verständnis der folgenden Abschnitte notwendig ist. Dann folgen Kapitel über die digestive (alimentäre) Hypersekretion, den kontinuierlichen Magensaftfluß (Gastrosukkorrhoe) und den periodischen (intermittierenden) Saftfluß. Daran anschließend bespricht Verf. die Hyperchlorhydrie (Superazidität) und ihre Beziehungen zum Magengeschwür, sowie die bei der Hyperchlorhydrie vorkommenden Darmstörungen. Dann geht er auf die den besprochenen Sekretionsstörungen zugrundeliegenden anatomischen Veränderungen der Magenschleimhaut ein, welche bisher noch sehr unzureichend erforscht sind, und bespricht auch einige zur Erklärung der Entstehung des Ulcus pepticum von verschiedenen Forschern angestellte experimentelle Untersuchungen. Zum Schluß gibt Verf. Anweisungen zur Behandlung der in Rede stehenden Störungen, wobei die Regelung der Ernährung sowie der ganzen Lebensweise im Vordergrunde steht. Durch Mitteilung einer Reihe von ihm selbst beobachteter Fälle erleichtert Verf. das Verständnis seiner allgemeinen Ausführungen. Zum Schluß stellt er die wichtigsten das Gebiet betreffenden Veröffentlichungen aus der neueren Literatur zusammen. Die Arbeit ist allen Kollegen zu empfehlen, welche über dieses Kapitel der inneren Medizin sich genauer orientieren wollen.

Abhandlungen über Salvarsan. Gesammelt und mit einer Vorrede und Schlußbemerkungen herausgegeben von Prof. **Paul Ehrlich**, Wirkl. Geh. Rat, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie. Band III. München 1913, J. F. Lehmanns Verlag. 584 S. Geh. 10 M., geb. 12 M.

In diesem Band hat Ehrlich zunächst die meisten Arbeiten vereinigt, die im Jahrgang 1912 der „Münch. med. Wochenschr." über Salvarsan und Neosalvarsan erschienen sind. Außerdem wurden noch eine Reihe an anderen Stellen veröffentlichter Arbeiten aufgenommen, welche der Herausgeber als besonders wichtig für die Beurteilung der verschiedenen die Salvarsantherapie betreffenden Fragen erachtete, darunter auch Mitteilungen englischer und französischer Autoren. Ein reichhaltiges Material wird dem Leser in diesem Sammelband geboten und in übersichtlicher Weise nach den wesentlichen in Betracht kommenden Gesichtspunkten geordnet. Es sei hier nur auf die wichtigsten Fragen: Wasserfehler, Neurorezidive, Nebenwirkungen und Todesfälle nach Salvarsan hingewiesen. Auch Mitteilungen über die Anwendung des Salvarsans bei nichtsyphilitischen Krankheiten wurden aufgenommen. Die Arbeiten über Neosalvarsan sind am Schluß gesondert vereinigt. Die zusammenfassende ausführliche Schlußbetrachtung, in welcher dann Ehrlich selbst einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie gibt und Stellung zu den verschiedenen schwebenden Streitfragen nimmt, verleiht dem vorliegenden Sammelband seine besondere Bedeutung.

Führer durch die Radiuminhalatorien (Emanatorien) und Radiumbäder von Bad Münster am Stein. Von Dr. **Glaessgen I** (Bad Münster am Stein). München 1912, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 32 S. 1 M.

Die kleine Schrift bringt eine Beschreibung der in Bad Münster am Stein zur rationellen Verwertung der dortigen radioaktiven Quellen neuerdings geschaffenen Einrichtungen (Emanatorien und Radiumbäder); auch die Zahlenwerte für die Radioaktivität der Quellen sind auf Grund sorgfältiger Messungen registriert. Zum Schluß werden die Indikationen der radiumhaltigen Bäder kurz zusammengestellt.

Ueber Altern und Sterben. Von Dr. **C. A. Ewald**, Universitätsprofessor, Geh. Medizinalrat in Berlin. Wien und Leipzig 1913, Alfred Hölder. 34 S. 1 M.

Diese Abhandlung gibt einen von dem bekannten Berliner Internisten in der Wiener Urania gehaltenen Vortrag wieder. In allgemeinverständlicher Weise erörtert der Verfasser darin die sich an das Altern und Sterben der höheren Organismen knüpfenden Fragen; er führt die mehr oder minder scharfsinnigen von verschiedenen Forschern aufgestellten Hypothesen vor, welche die Notwendigkeit und den Mechanismus des Sterbens der Einzelindividuen unserem Verständnis näherbringen sollen. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Durch einen Ministerialerlaß (vom 8. April d. J.) ist der Aerztekammerausschuß ersucht worden, sich darüber zu äußern, ob er die beabsichtigte Festsetzung einer **Gebühr** von 3 bis 9 M. für eine intramuskuläre **Salvarsaninjektion** für angemessen erachte.

— In der Frage der **Rechtsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine** besteht die Diskrepanz der Auffassung der Juristen auch nach der im Sinne der Regierung ausgefallenen Entscheidung des preußischen Kammergerichts weiter. In zwei neuen Publikationen in der „Deutschen med. Wochenschrift" bezw. im „Aerztl. Vereinsblatt" haben die auf dem entgegengesetzten Standpunkt stehenden hervorragenden Juristen Reichsgerichtsrat Ebermayer und Geh. Justizrat Prof. Dr. Hellwig (Berlin) ihre Anschauung von neuem dargelegt. Ferner haben innerhalb der letzten Monate mehrere Landgerichte die die Eintragung ablehnenden Urteile von Amtsgerichten aufgehoben.

— Der Gesetzentwurf betr. **Kindersaugflaschen** (s. „Allg. med. Central-Ztg.", 1912, S. 586) ist von der zu seiner Durchberatung eingesetzten Reichstagskommission abgelehnt worden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Professortitel wurde beigelegt den Privatdozenten der Chirurgie Dr. Alfred Doenitz und Dr. Eugen Joseph.

— Im Alter von 89 Jahren starb hierselbst der Geh. Obermedizinalrat Generalarzt a. D. Dr. Gustav Wilhelm Mehlhausen, der von 1873 bis 1902 als ärztlicher Direktor an der Spitze der Charité stand. Als wissenschaftlicher Publizist hat er sich hauptsächlich auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege betätigt. Bereits im Ruhestande lebend, war er noch dem Verein zur Einführung freier Arztwahl in Berlin als Mitglied beigetreten.

— Dem kaiserlichen Regierungsarzt in Kamerun Dr. F. O. L. Külz ist der Professortitel verliehen worden.

— Dr. Peter Rona, der physiologische Chemiker des städtischen Krankenhauses am Urban, hat den Ruf nach Sao Paulo in Brasilien abgelehnt.

— Der hervorragende physikalische Chemiker Geheimrat Prof. Dr. W. Nernst ist von der Göttinger medizinischen Fakultät zum Doctor medicinae honoris causa ernannt worden.

Greifswald. Die Privatdozenten Dr. Franz Cohn (Gynäkologie) und Dr. Georg Schöne (Chirurgie) haben den Professortitel erhalten.

Halle a. S. Der Privatdozent der gerichtlichen Psychiatrie Dr. Ernst Siefert hat den Professortitel erhalten.

Leipzig. Der Prosektor am Pathologischen Universitätsinstitut Privatdozent Dr. Versé ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

Dresden. Dem Prosektor am Krankenhause Johannstadt Dr. Geipel ist der Professortitel verliehen worden.

Arnstadt. An den Folgen einer Infektion, die er sich bei Ausführung einer Operation zugezogen hatte, ist hier der Arzt Sanitätsrat Dr. Seyffert gestorben.

München. Der Generalstabsarzt z. D. Dr. A. v. Vogl, der auch als Epidemiologe und Schulhygieniker literarisch hervorgetreten ist, ist im Alter von 79 Jahren gestorben.

Bern. Der Privatdozent der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. R. Dick ist gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der **Lupusausschuß** des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose wird am 21. Oktober in Berlin tagen. Neben dem Bericht über die Tätigkeit der Kommission wird über endogene und ektogene Entstehung und über neuere Behandlungsmethoden des Lupus verhandelt.

Gerichtliches.

Frankfurt a. M. Wegen **Verfehlung gegen das Reichsseuchengesetz** anläßlich der im Vorjahre hierselbst vorgekommenen Pockenfälle wurden die impfgegnerischen Aerzte Dr. Spohr und Dr. Bachem in der vorigen Woche von der Strafkammer des hiesigen Landgerichts zu je 300 M. Geldstrafe verurteilt.

Braunschweig. Die 2. Strafkammer des hiesigen Landgerichts verurteilte den Chemiker (der sich früher Apo-

theker nannte) K. wegen **fahrlässiger Körperverletzung**, begangen durch die Verabfolgung von Arzneimitteln an Kranke, zu 3 Monaten Gefängnis. Es handelte sich um ein Präparat genannt „Eubesol", eine Emulsion, die Copaivabalsam und Sandelöl enthält und bei den Patienten heftige Schmerzen und Nierenblutungen hervorgerufen haben soll. (Pharmac. Ztg.)

Verschiedenes.

Cöln. Vor kurzem wurde hier das neue **städtische Krüppelheim** eröffnet, das mit Hilfe der allmählich auf 2¼ Mill. Mark angewachsenen Stiftung des Dr. Dormagen errichtet ist. Die Anstalt verfolgt in erster Linie den Zweck, dem Krüppelelend durch möglichst früh einsetzende ärztliche Behandlung nach Kräften vorzubeugen.

Wyk (Föhr). Auf der Insel Föhr bietet das vor 5 Jahren eröffnete **See-Hospiz der Stadt Schöneberg**, mit großem Laboratorium und Bibliothek, Gelegenheit zum Studium der Meeresheilkunde. Es soll in diesem Sommer der Versuch mit einigen Vortrags- und Demonstrationsstunden gemacht werden. Gelegenheit zu Laboratoriumsarbeiten ist vorhanden. Interessenten wollen sich an Herrn Dr. Häberlin, Wyk auf Föhr, wenden.

Wien. Ein von der Oesterreichischen Gesellschaft für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit hier errichtetes, der Leitung des Universitätsprofessors Dr. S. Fränkel unterstelltes **Laboratorium für chemisch-experimentelle Forschungen über den Krebs** ist soeben seiner Bestimmung übergeben worden. Das neue Institut wird sich vorwiegend dem Studium der Histochemie und Chemotherapie der bösartigen Geschwülste widmen.

Paris. Einen **Preis von 5000 Fr.** hat ein Ungenannter gestiftet für die beste Arbeit über die Aetiologie, Prophylaxe und Behandlung der nichtsyphilitischen Formen der Iritis, Iridocyclitis und Cyclitis. Zur Preisbewerbung zugelassen werden nur solche Abhandlungen, deren Inhalt vorher einer augenärztlichen Gesellschaft vorgelegt worden ist. Die französisch, deutsch oder englisch abzufassenden Arbeiten sind im Manuskript bis zum 15. August 1914 dem Redaktionsbureau der „Annales d'oculistique", 26 Boulevard Raspail, Paris, einzusenden.

New York. Eine **Pension** für freie Forscher, nämlich für die Mitglieder des „Rockefeller Institute for medical research" in New York, stiftete Mr. John Rockefeller, der Gründer des Instituts. Zu diesem Zweck gab er neuerdings 500 000 Dollars, aus deren Zinsen die nach 15 jähriger Dienstzeit oder im Falle von Dienstunfähigkeit auch schon früher sich zurückziehenden Gelehrten, eventuell ihre Witwen und Waisen, eine Pension erhalten sollen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzen:

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Gumbinnen. Jahresremuneration 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

(Veröffentlicht am 18. Juni.)

Personalia.

Preußen.

Verzogen: Dr. Brasch von Berlin nach Berlin-Wilmersdorf, Prof. Dr. A. Dührssen von Berlin nach Drosedow b. Wesenberg, Dr. O. Eichhorn von Charlottenburg nach Chemnitz, Dr. K. Kopp von Charlottenburg nach Dresden, Dr. M. Sarrazin von Berlin-Friedenau nach Kempen, Dr. H. Krüsemann von Rheinkamp nach Mülheim (Ruhr), Dr. K. Kahler von Frankfurt a. M. und Dr. H. Femmer von Mülheim (Ruhr) nach Oberhausen, Dr. J. Haenlein von Duisburg nach Mainz, Dr. E. Kellner von Johannistal b. Süchteln nach Galkhausen, Dr. D. Rath von Kempen nach Crefeld, Stabsarzt a. D. Dr. K. Peters von Mülheim (Ruhr) nach Erlangen, Dr. H. Augustin von Moers nach Vluyn, W. Friedrich von Landsberg a. W. nach Bonn zum Studium der Zahnheilkunde, K. Böhm von Niedaltdorf nach Kerperich-Hemmersdorf, Dr. W. Schwarze von Eyll nach Niedaltdorf, Dr. F. Dietz von Fladungen nach Saarlouis, Dr. H. Engländer von Bonn nach St. Wendel, Dr. H. Feuerhack von Hohenlychen nach Charlottenburg, Dr. G. Reymann von Flonheim und Dr. H. Boennecken von Prag nach Frankfurt a. M., Dr. P. Wössner von Frankfurt a. M. nach Freiburg i. Br., J. Kartscher von Camberg nach Heddernheim b. Frankfurt a. M., Dr. W. Schuler von Rostock nach Camberg, Dr. S. v. Dyminski von Berlin, Dr. A. Roesen von Bonn und Dr. H. van der Vüürst de Vries von Jena nach Wiesbaden, W. Ruben von Wiesbaden nach Hamburg, Dr. D. Rath von Kempen nach Crefeld, Dr. W. Raabe von Fulda, Dr. E. Zippe von Charlottenburg, Dr. J. Schumacher von Alfhausen und Dr. F. Hurck von Kaiserswerth nach Düsseldorf, Dr. J. Leiber von Bremen, Dr. W. Ebermann von Goslar und Dr. Th. Funccius von Düsseldorf nach Duisburg, W. Hofins von Cöln nach Duisburg-Meiderich, Dr. W. Sach von Lübeck nach Walsum, F. E. Berk von Greifswald nach Steele, Dr. J. Wittemann von Heidelberg nach M.-Gladbach, G. Haas von Würzburg nach Hamborn, Dr. A. Bittner von Gießen nach Mülheim (Ruhr), Dr. W. Theobald von Duisburg-Meiderich nach Lemgo (Lippe), San.-Rat Dr. H. Hackenberg von Remscheid nach Düsseldorf, Geh. San.-Rat Dr. F. Wolff von Berlin-Wilmersdorf, Dr. M. R. Bonsmann von Marburg und Dr. J. Fauth von Straßburg i. E. nach Cöln, Dr. A. Schneider von Wiesbaden und Dr. K. Koch von Barmen nach Bonn, Dr. E. Fränkel von Bonn nach Heidelberg, Dr. H. Baumeister von Cöln nach Bedburg (Kreis Bergheim), Dr. F. Appel von Schöneberg (Kreis Marienburg, Westpr.) nach Spantekow, Dr. H. Appel von Spantekow nach Anklam, Dr. J. Hering von Clettwitz nach Stettin, Dr. P. Michaelis von Eggesin nach Chemnitz, Dr. G. Brinck von Wasserleben nach Eggesin, F. Borchert von Degow nach Afrika, Dr. F. Büscher von Strelitz nach Degow, Dr. G. Buchsteiner von Pennekow nach Stolpmünde, Dr. H. Wittenberg von Gadderbaum nach Neinstedt b. Thale, J. Bering von Gescher nach Münster, Dr. E. Lohmann von Borgentreich nach Arnsberg, Dr. F. Joelsohn von Bonn, A. Machatius von Apenburg (Kr. Salzwedel), Dr. K. Meyer von Birkenwerder, Dr. G. Reimann von Nürnberg, R. Pott von Wilhelmsruh, Aerztin Dr. E. Troschel geb. Schulz von Mainz, Dr. H. Duesberg von Mülheim a. Rh., Dr. V. Schauss von Erfurt, Dr. E. Koblígk von Dortmund, Dr. H. Beumer von Düsseldorf und Dr. F. Wagner von Oberaching nach Berlin, W. Glaser von Tempelhof, J. Geiger von München, R. v. Hippel von Berlin-Lichterfelde, Dr. H. Jordan von Mannheim, J. Ohlmann von Frankfurt a. M. und Dr. F. Prinzing von Ulm nach Charlottenburg, Dr. E. Kroschinski von Charlottenburg nach Liebenstein i. Thür., B. Marlinger von Berlin nach Straßburg i. E., Aerztin Dr. B. Steininger von München nach Vogelsang, Dr. Th. Deimler von Halberstadt nach Groß-Alsleben, Dr. K. Schmidt von Berlin nach Halberstadt, Dr. W. Fischer von Quedlinburg nach Dresden, Dr. P. Reissner von Geyer i. S. nach Grohnde, Dr. E. H. aus dem Bruch von Cöln nach Marl, Dr. G. Schipper von Gladbeck-Brauck nach Bottrop, Oberarzt Dr. W. Vollmer von Minden nach Cöln, Dr. S. Loeb von Stuttgart nach Ahrweiler, Dr. P. K. E. Felsch von München nach Neuenahr, Dr. E. Böttcher von Hersfeld nach Salzig, Dr. K. R. Brühl von Bonn nach Boppard, Dr. A. Klotz von Aachen nach Münster a. St., Dr. H. Kinscher von Schinne nach Polch, Dr. K. Bittmeier von Leipzig nach Leutesdorf, Dr. F. Zondervan von Polch nach Mannheim, Dr. D. Meyer-Westfeld von Braunfeld nach Burg-Solms, San.-Rat Dr. Ph. A. Oechsler von Salzig nach Boppard, Dr. M. Tscherniak von Schippenbeil nach Königsberg i. Pr., Dr. P. M. A. Philipp von Cöln und Assistenzarzt Dr. B. E. L. Geschke von Berlin nach Allenstein, Stabsarzt H. Ph. Koepchen von Hannover nach Soldau, Stabsarzt Dr. H. Hübner von Düsseldorf nach Osterode, Dr. A. Blitz von Berlin nach Berlin-Pankow, St. Puszewski von Breslau nach Berlin-Reinickendorf, Dr. H. Wentzel von Berlin-Wilmersdorf nach Berlin-Friedenau, Dr. H. Zahn von Berlin-Pankow nach Berlin-Grunewald, Dr. R. Bulla von Berlin-Schmargendorf nach Gera, Dr. K. Faltz von Zoppot nach Berlin-Dahlem, Dr. E. Hoffmann von Magdeburg nach Potsdam, Dr. K. Sadewasser von Charlottenburg nach Spandau, Dr. K. Zimdars von Greifswald nach Landsberg a. W., Dr. A. Horn von Dresden nach Frankfurt a. O., Dr. L. Ruess von Vechelde nach Fürstlich Drehna, Dr. P. Ziehmendorf von Reetz nach Lübeck, Dr. M. Müller von Guben nach Forst i. L., Dr. E. Stilling von Breslau nach Straßburg i. E., Dr. W. Gutzeit von Cöln, Dr. H. Eggert von Gotha, Dr. A. Welz von Frankfurt a. O., Dr. H. Hanke von Neiße, Dr. W. Neumann von Waldenburg, Dr. V. Saalmann von Hamburg.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. O. Alberts von Jeschowo, Dr. W. Mroczynski von Gorzow, Dr. W. Meyer von Cassel, Dr. O. Homuth von Frankfurt a. M.

Praxis haben aufgegeben: Dr. W. Otto von Naumburg, Geh. San.-Rat Dr. K. Stein in Ehringshausen, jetzt in Wiesbaden.

Bremen.

Niedergelassen: Dr. W. A. O. W. Rusche in Bremen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

82. Jahrgang **Berlin, 5. Juli 1913** **No. 27**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302.

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Arsen-Triferrol

Den Arsenwässern und der Sol. Fowleri vorzuziehen

Zuverlässige, energische Wirkung

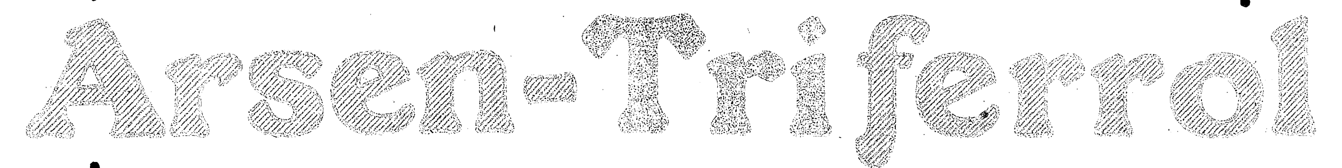
bei Neurasthenie nervösen Erschöpfungszuständen Hysterie Anämie Chlorose Skrofulose Hautkrankheiten

Keine Magenstörungen!

Literatur u. Proben kostenlos
Gehe & Co. A.G. Dresden-N



Arsen-Triferrol ist, abgesehen von seiner Bekömmlichkeit, vor den Arsenwässern und der Sol. Fowleri dadurch ausgezeichnet, daß sein Phosphorgehalt die Arsenwirkung unterstützt.



Den Arsenwässern und der Solutio Fowleri vorzuziehen!

Es ist eine bekannte Erscheinung, daß die gewöhnlich gebrauchten anorganischen Eisenverbindungen und das in den Arsenwässern und der Solutio Fowleri gelöste Arsen meist schon nach kurzer Anwendung erhebliche Störungen des Magens und Darms hervorrufen. Dieser Umstand fällt bei der Auswahl eines geeigneten Mittels um so mehr ins Gewicht, als die Eisen-Arsen-Therapie häufig gerade in solchen Fällen angewendet wird, in denen bereits Magenstörungen und Appetitlosigkeit bestehen. Im Arsen-Triferrin, dem wirksamen Bestandteil des Arsen-Triferrol, ist nun von Professor Salkowski eine organische Verbindung des Eisens und Arsens entdeckt worden, die den Magen unzersetzt passiert und erst im Darm resorbiert wird. Infolgedessen kann es unter dem Einfluß der Magensalzsäure nicht zur Bildung des die Magenschleimhäute reizenden Eisenchlorids kommen:

Magenstörungen treten nicht auf!

Die Wirkung des Arsen-Triferrol »Gehe« als Tonikum und Nervinum macht sich in einer Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Körpergewichts und Herabsetzung der Reizbarkeit bemerkbar.

INDIKATIONEN: Anämie, besonders nach schweren Krankheiten, Chlorose (manche Fälle, die der Eisentherapie allein widerstehen), Neurasthenie, Hysterie, nervöse Erschöpfungszustände, Skrofulose und andere Erkrankungen des lymphatischen Apparates, Hautkrankheiten.

Infolge seines günstigen Einflusses auf die Zellneubildung und den Hämoglobingehalt des Blutes ist das Arsen-Triferrol »Gehe« besonders angezeigt zur Unterstützung der Quecksilbertherapie bei Lues.

DOSIERUNG UND DARREICHUNG: 3mal täglich einen Eßlöffel voll, Kinder 3mal 1 Kinderlöffel. 1 Eßlöffel enthält ca. 0,05 g Fe und 0,0003 g As.

VERORDNUNG: Rp. 1 Originalflasche Arsen-Triferrol »Gehe«.

LITERATUR: Prof. Salkowski, Berlin, »Ueber eine neue Arsen und Phosphor enthaltende Eisenverbindung«. Mit einem Zusatz von Prof. Mosse, Berlin. Berliner Klinische Wochenschrift 1908, Nr. 4. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. A. Ewald, Berlin, »Ueber Arsen-Triferrol«; Medizinische Klinik 1913, Nr. 3. Dr. Kurt Thomas, Berlin-Schöneberg, »Ueber Arsen-Triferrol«, Medizin. Klinik 1911, Nr. 21. Dr. E. Hartung, Berlin-Neukölln, »Ueber Arsen-Triferrol«, Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1913, Nr. 2 u. a. m.

Originalflaschen à 300,o Mk. 2.25

GEHE & Co., A.G., Chem. Fabrik, DRESDEN-N.

0501813/287

Literatur und Proben kostenfrei!

82. Jahrgang **Berlin, 5. Juli 1913** **No. 27**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

82. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Grundlagen zur Ausführung ärztlicher Lebensversicherungsuntersuchungen.

Von Medizinalrat Dr. **Steiner** (Berlin-Halensee).

Die Tätigkeit des Versicherungsarztes erfordert eine so intensive und extensive Umfassung der Persönlichkeit des Antragstellers, daß sie nur durch sicherste Beherrschung des rein ärztlichen Rüstzeuges erleichtert und fruchtbringend gestaltet werden kann. Er darf durch lange, ergebnislose Erwägungen und Zweifel nicht ermüdet werden. Er muß vielmehr in der Deutung ihm entgegentretender pathologischer Erscheinungen einen raschen, festen Entschluß zu fassen imstande sein, um sein Ziel zu erreichen, ein richtiges Endurteil zu fällen. Das Pathologische ist auf seinen versicherungstechnischen Wert zurückzuführen und kommt nur insoweit in Betracht. Von diesem Gesichtspunkte aus seien hier einige Zustandsbilder, wie sie sich in der Praxis bieten, herausgegriffen und für die Praxis kurz umrissen. Eine erschöpfende Darstellung des Gegenstandes wäre ebenso ermüdend wie sie für den Praktiker entbehrlich ist.

Beginnen wir mit der Inspektion, die der Untersuchung schon die Richtung geben kann, so hat die durch oberflächliche Gefäßentwicklung bedingte Rötung des Gesichtes etwas Verfängliches. Man denkt an Zirkulationsstörungen infolge innerer Leiden, insbesondere Herzkrankheiten, und wenn für letztere ein entferntes Symptom vorhanden ist, dann dürfte jene Abnormität als ausschlaggebend und erschwerender Umstand angenommen werden. Dabei ist zu bedenken, daß sie, abgesehen von der häufigen Beobachtung dieser Erscheinung bei völlig gesunden Menschen als einer harmlosen konstitutionellen Eigentümlichkeit, bei Personen, die der Beruf der Sonnenhitze sich auszusetzen zwingt, wie den Landwirten, naturgemäß in besonders hohem Grade sich ausgebildet finden kann, so daß sie ein geradezu cyanotisches Aussehen vortäuschen kann.

Von größter Bedeutung ist die Beurteilung der Konstitution. In dieser Hinsicht sei 1. an die Queteletsche Formel erinnert, wonach der gesunde männliche Erwachsene im normalen Zustande soviel Kilogramm wiegen soll, als seine Körperlänge in Zentimetern einen Meter übersteigt; 2. die Vorschriften der Rekrutierungsordnung über das Verhältnis der Körperlänge zum Brustumfang (in tiefster Exspiration die Hälfte derselben) und die Expansionsfähigkeit des Brustkorbes von mindestens 5 cm — wobei jedoch je nach Alter, Beschäftigung, infolge mangelnder Lungengymnastik kleine Schwankungen nach unten in der Versicherungspraxis gestattet sein werden —; 3. den Florschützschen sogen. Fettkoeffizienten, der in der Weise berechnet wird, daß man an dem mit 2 multiplizierten Leibesumfang die einfache Körperlänge subtrahiert und mit dem erhaltenen Rest in die einfache Körperlänge $\left(=\frac{L}{2B-L}\right)$ dividiert. Der Koeffizient 5 bedeutet danach gute Durchschnittsernährung, unter 5 korpulent, 2,75 Abweisungsgrenze (Blätter f. Vertrauensärzte d. Leb.-Versich., 1912, H. 4, S. 56: Bedeutung der Korpulenz für die Lebensversicherung).

Von anerkannter Bedeutung ist die sog. asthenische Konstitutionsanomalie (Stiller) und als Teilerscheinung dieser die abnorme Engigkeit der oberen Thoraxapertur, die infolge frühzeitiger Verknöcherung des ersten Rippenknorpels eintritt, eine Sagittalstellung der Schulterblätter, eine abnorme Biegung der Schlüsselbeine zur Folge hat und eine Prädisposition für die Entstehung der Spitzentuberkulose abgibt (W. A. Freund, Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 39, Referat aus Vereinsberichte). Bacmeister (Deutsche m. Wochenschr., 1913, No. 24 [12. VI.]) ist es zum ersten Male gelungen, die Richtigkeit der Freundschen Lehre von der mechanischen Disposition der Lungenspitze für die Lungentuberkulose durch das Tierexperiment zu beweisen, indem er „junge wachsende Kaninchen in einen Drahtring hineinwachsen ließ und dadurch eine Fixierung und Senkung der oberen Apertur, ebenso eine Verflachung ihres sagittalen Durchmessers erzielte". Auf diese Weise konnte er „auch beim Tier Spitzenphthise erzeugen und so die Beweiskette für den Wert der Freundschen Theorie schließen".

Bei der Untersuchung des Nervensystems wäre zu erwähnen, daß, ohne der hohen diagnostischen Bedeutung der Sehnenreflexe Eintrag tun zu wollen, die ärztliche Erfahrungslehre, daß graduelle Verschiedenheit in ihrer Intensität bis zum völligen Fehlen der Kniesehnenreflexe allein oder gleichzeitig auch der Achillessehnenreflexe gelegentlich beobachtet werden kann, ohne daß eine krankhafte Störung des Zentralnervensystems anzunehmen ist. Ich habe es in einigen Fällen bei sehr phlegmatischen Personen, ferner bei Ermüdung nach angestrengten körperlichen Bewegungen (Radfahren) beobachtet, ganz selbstverständlich auch, wenn man Antragsteller, die mit schweren Stiefeln bekleidet sind, untersucht.

Wenden wir uns nun zur physikalischen Diagnostik der Brustorgane, insbesondere des Herzens, für welche neuerdings von B. Lewinsohn, Badearzt in Altheide, ein sog. „Schwellenwertplessimeter“ [1]) angegeben wurde, das nach den vorgenommenen Kontrollversuchen (Röntgenographie) sehr genaue Resultate geben soll. Beim Vorhandensein einer Herzhypertrophie ist zu unterscheiden die „Arbeitshypertrophie“, „die niemals etwas Pathologisches bedeutet, da das muskelstarke Herz eines körperlich Arbeitenden normalerweise höheren Ansprüchen genügen kann, als das muskelschwächere eines körperlich Ungeschulten“, wie in dem sehr empfehlenswerten modernen, auf physiologischer Grundlage aufgebauten „Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden“ von Th. Brugsch und A. Schittenhelm, 2. Aufl., 1911 (Verlag: Urban & Schwarzenberg), S. 277, ausdrücklich betont wird. Ebenso nehmen eine Sonderstellung psychogene Herz- und Gefäßstörungen ein, die gleiche Ursachen wie allgemeine Nervosität haben. „Bei ihnen ist die Herzgröße meist unverändert, zuweilen sieht man aber Dilatationen, vielleicht manchmal sogar Hypertrophie der Muskulatur, doch ist letzteres noch nicht erwiesen.“ „Sehr häufig sind Akzentuation oder vorübergehend auch klingender Charakter eines oder beider zweiter Töne an der Basis“, sagt v. Krehl (Lehrbuch der inneren Medizin von Mering, 4. Auflage, 1907, S. 376). Man halte sich dies vor Augen, indem man differentiell-diagnostisch Schrumpfniere und Arteriosklerose, wenn es sich um ältere Personen handelt, auszuschließen sucht, wozu man nicht selten im gegenwärtigen Zeitalter der Nervosität infolge „Zivilisation und Syphilisation“ (Krafft-Ebing) Gelegenheit findet.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich besonders auf die Arbeit von Prof. Hermann Müller (Zürich) „Ueber kardio-pneumonische Geräusche“ in der Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann, 1908, Serie 17, H. 20/21, aufmerksam machen, welche die Frage der Herzgeräusche, die Klappenfehler vortäuschen können, ausführlich behandelt. Eine kurze Inhaltsangabe sei hier gestattet, da ihre Kenntnis vor schwerwiegenden Irrtümern zu schützen vermag. Müller stützt sich auf die ausgezeichnete Arbeit von Potain in: Clinique médicale de la Charité, Leçons et mémoires par le Prof. Potain, Paris 1894, Masson Editeur, bei dem Studium der kardiopneumonischen Geräusche. So benannte sie Potain, weil sie nicht im Herzen, sondern in den Lungen ihren Ursprung nehmen, wie alle sog. anorganischen Geräusche, was ausführlich begründet wird. Es entstehen daselbst unter dem Einfluß der Herzbewegungen gewisse lokalisierte Atmungsgeräusche, welche den Charakter und Rhythmus von Herzgeräuschen annehmen. Diese Geräusche sind richtige blasende Geräusche (souffles), sie haben eine große Aehnlichkeit mit den Geräuschen bei Klappenfehlern. Wichtig für die Diagnose der kardio-pneumonischen Geräusche ist ihr Sitz und Rhythmus. In der Gegend der eigentlichen Herzspitze bekommt man fast nie kardio-pneumonische Geräusche zu hören. Das Geräusch der Mitralinsuffizienz hat immer genau an dieser Stelle seine maximale Intensität. Im Gegensatz dazu sind die Geräusche, welche ihr Punctum maximum innerhalb oder außerhalb der Herzspitze haben, immer anorganisch. Wenn das Geräusch seinen Sitz in der mittleren Herzzone über dem linken Ventrikel oder in der Spitzenzone innerhalb oder außerhalb von der Herzspitze hat, dann ist der Sitz des Geräusches allein schon pathognomonisch (Potain). Die kardio-pneumonischen Geräusche sind öfter ganz zirkumskript, sie pflanzen sich meist sehr wenig oder gar nicht fort. Der Rhythmus bei Klappenfehlern ist holosystolisch, die anorganischen Geräusche sind fast immer merosystolisch, weit am häufigsten mesosystolisch, d. h. nach dem Beginn des ersten Tones eintretend. Der Wechsel der kardio-pneumonischen Geräusche findet entweder spontan statt oder infolge von veränderter Herztätigkeit oder unter dem Einflusse von Aenderung der Atmung oder beim Wechsel der Lage des Patienten. Im Liegen oder Stehen verschwinden die Geräusche und erscheinen prompt wieder beim Lagewechsel. Alle Herzgeräusche, die in der Ruhe ganz fehlen und erst bei stärkerer Anregung der Herztätigkeit zum Vorschein kommen, sind sicher akzidentell. Akzidentelle Geräusche werden niemals durch das Gefühl wahrgenommen.

[1]) Ein neues Herzplessimeter. Münchener med. Wochenschrift, 1913, No. 17.

Zum Schlusse, wie es der Gang der Untersuchung mit sich bringt, noch eine kurze Bemerkung zur Harnuntersuchung. Von Wilh. Beckers [Aachen] (Berl. klin. Wochenschr., 1913, No. 19: „Ueber den qualitativen und quantitativen Nachweis von Traubenzucker im Harn“) wird die Nylander- und Trommersche Probe verworfen, da die schon normalerweise im Harn vorkommenden Substanzen, wie Harnsäure und Kreatinin, Verfärbung und Reduktion bewirken. Für den Nylander ist das zuzugeben. Er ist daher bei positivem Ausfall durch die Fehling- und Trommersche Probe zu kontrollieren. Dabei muß man jedoch beachten, ob die Abscheidung von „schön rotem“ oder „gelbem Cuprooxyd“ oder nur von einer „schmutziggelben Farbe“ erfolgt, indem letztere allein durch geringfügige Reduktion infolge von Harnsäure, Kretinin und andere normale Harnbestandteile bedingt wird. Ferner ist bei der Nylanderschen Probe erforderlich, 3 Minuten zu kochen (Beckers) und den Harn vorher zu enteiweißen, um die Bildung von Schwefelwismut zu vermeiden (Brugsch a. a. O.). Auf die empfohlene, etwas umständliche Phenylhydrazinprobe und Darstellung der Osazonkristalle kann daher füglich verzichtet werden.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschl. Infektionskrankheiten und Kinderheilkunde).

Dr. **Kellner** (Hamburg-Alsterdorf): **Die mongoloide Idiotie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Verf. hält es für möglich, daß die sogen. mongoloide Idiotie gegenwärtig häufiger ist als früher; wenigstens ist der Mongolismus zurzeit ziemlich häufig Gegenstand von Demonstrationen und Besprechungen, und in der Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt Alsterdorf kamen in den letzten Jahren viel häufiger mongoloide Idioten zur Aufnahme als früher. Noch vor 5—6 Jahren war nur ein einziger derartiger Fall in der Anstalt, während gegenwärtig 10 mongoloide Idioten sich dort befinden. Von diesen sind acht männlichen, zwei weiblichen Geschlechts. Sie stehen im Alter von 27 bis 3 Jahren. Gemeinsam sind ihnen allen folgende Symptome: höhergradige geistige Minderwertigkeit, Mikro-Brachycephalie, hinter der Norm zurückgebliebene Körpergröße, Sprachstörung, Schlitzaugen, rissige Zunge, kleine breite Nase, Schlaffheit und abnorme Beweglichkeit der Gelenke, schwache Herzkraft und Kälte der Haut und Extremitäten. Drei sind spät geborene Kinder alter Eltern, eines dagegen das erste von 4 Kindern. Potatorium des Vaters ist bei einem Kinde nachgewiesen. Verf. gibt eine Beschreibung der einzelnen Fälle, meist mit Abbildungen, in bezug worauf wir auf die Arbeit verweisen.

Dr. **Johanna Schwenke** (Breslau): **Ueber die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukocyteneinschlüsse bei Scharlach.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Nach den von Verfasserin in der Breslauer Universitätskinderklinik angestellten Untersuchungen werden die Leukocyteneinschlüsse bei frischen, hochfiebernden Scharlachfällen konstant gefunden, bei leichten, mit geringer Fiebersteigerung einhergehenden Fällen in geringerer Zahl. Nach dem siebenten Krankheitstage sind sie überhaupt nur noch vereinzelt vorhanden. Nur in frischen Fällen kann demnach die Blutuntersuchung auf Döhlesche Einschlüsse als diagnostisches Hilfsmittel in Betracht kommen. Die Leukocyteneinschlüsse sind aber für Scharlach nicht pathognostisch, sondern sie finden sich ebenso konstant und ebenso reichlich bei der kruppösen Pneumonie der Kinder. Zwischen diesen beiden Krankheiten stellt demnach der Befund von Leukocyteneinschlüssen kein differentialdiagnostisches Merkmal dar. Aber auch bei anderen akuten, subakuten und chronischen Krankheiten können die Einschlüsse auftreten. Wichtiger als ein positiver Befund ist ein negativer, insofern, als das Fehlen der Einschlüsse bei hochfiebernden Kranken entschieden gegen Scharlach

spricht. Bei einem leicht oder gar nicht fiebernden Kranken kann allerdings auf Grund eines negativen Befundes eine Scharlacherkrankung nicht ausgeschlossen werden.

Dr. **Karl Justi** (Hongkong): **Ueber Ruhr und ihre Behandlung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Verf. gibt zunächst einen kurzen Ueberblick der pathologischen Anatomie und klinischen Symptome der beiden Hauptformen der Ruhr, der Amöbendysenterie und der Bacillenruhr, und geht dann auf die Prognose und Therapie über. Während die bacilläre Ruhr wenigstens in den leichteren Fällen durch diätetische Maßnahmen ausheilen kann, erfordert die Amöbenruhr stets eine medikamentöse Behandlung, und sie neigt bei der Schwierigkeit, auf die in der Submucosa wuchernden Schmarotzer einzuwirken, in hohem Grade zum Uebergang in ein chronisches oder ein latentes Stadium. Die Gefahr des Leberabszesses ist bei der Infektion mit Amöben groß, bei der bacillären Ruhr verschwindend klein. Der Behandlung beider Ruhrformen gemeinsam sind die schmerzstillenden Maßnahmen und die diätetischen Verordnungen. Gegen die Schmerzen muß stets ein heißer Aufschlag verordnet werden (Heißwasserbeutel oder heißer Leinsamen oder gerösteter Reis in Säcken). Bleiben trotzdem die Schmerzen sehr heftig, so gibt man Morphium subkutan oder gegen die Tenesmen Opium per rectum (1 Weinglas laues Wasser mit 2 Eßlöffeln Stärkemehl und 30 Tropfen Opiumtinktur). Außerdem ist Bettruhe erforderlich. Was die Diät anlangt, so läßt man kräftige Personen hungern (nur etwas Tee und Reiswasser), schwächliche erhalten eine Schonungsdiät (Fleisch- oder Hühnerbrühe, Eiweißwasser, dünne Lösungen von Kindermehlen oder Eiweißpräparaten). Bei großem Durstgefühl und bei Erschöpfung sind subkutane oder intravenöse Salzwasserinfusionen indiziert. Alkoholica sind im allgemeinen verboten, nur im Kollaps ist Brandy erlaubt. Wenn der Darm sich beruhigt hat, beginnt man mit Milch, erst verdünnt, dann rein. Später reicht man an festen Nahrungsmitteln weichgekochten Reis (der vor dem Kochen 12 Stunden in kaltem Wasser gestanden hat), Puddings von Mondamin, Maizena, dann weichgekochte Eier, Fisch, Hühnerpuree, geröstetes Brot, geschabtes Fleisch, roh oder angebraten; daneben ausgiebige Milchernährung mehrere Wochen hindurch. — Im chronischen Stadium gibt man reine Milchdiät; man beginnt mit 1½—2 Litern frischer, ungekochter Milch. Die Menge wird auf einzelne Mahlzeiten verteilt; man steigt allmählich auf 3—4 Liter. Nur wenn die Milch nicht vertragen wird, gibt man eine gemischte, leicht verdauliche Nahrung. — Was nun die medikamentöse Behandlung anlangt, so hat bei der Amöbenruhr im akuten Stadium die Behandlung stets mit einem Abführmittel zu beginnen. Beabsichtigt man später ein pflanzliches Spezificum zu verwenden, so empfiehlt sich nach Verf. Rizinusöl. Bei heftigen Koliken verordnet Verf. Magnes. sulfuric. (von der konzentrierten Lösung 3 stündlich 1 Eßlöffel, bis Entleerung erfolgt). Kalomel gibt man in Dosen von 0,05 bis 0,1 2 stündlich. Gewinnen die Entleerungen unter diesen Medikationen eine erheblich bessere Beschaffenheit, so fährt man mit ihnen fort in allmählich kleineren Dosen. Viele Fälle heilen auf diese Weise aus. Tritt jedoch keine schnelle Besserung ein, so greift man zu den Spezifica. Allerdings ist keines dieser Mittel ganz zuverlässig. Das bekannte Mittel gegen die Amöbenruhr ist die Ipecacuanha. Der Brechreiz wird dadurch gemildert, daß man statt des Infus das Pulver in salolüberzogenen Pillen oder in Keratinkapseln gibt. Die Wirkung der Ipecacuanha soll an beide in ihr enthaltene Alkaloide, das Cephaelin und das Emetin, gebunden sein; neuerdings wurde salzsaures Emetin von Rogers subkutan mit vortrefflichen Erfolgen bei Amöbendysenterie angewendet. — Ebenso zuverlässig wie die Ipecacuanha ist nach Verf. die Wurzelrinde der Simaruba officinalis. U. a. hat sich folgende Verordnung bewährt:

Rp.	Simarubae pulver	3,0
	Benzonaphthol	3,0
	Bismut. subnitric.	8,0
	Sirup. Krameriae	30,0
	Sirup. Acaciae	200,0

Alle 3—4 Stunden 1 Eßlöffel.

Ein anderes Rezept lautet:

Rp.	Radic. Simarubae	1750
	Cinnamomi	875

Mit 3 Litern Wasser einzukochen auf 2 Liter, dazu 3 Eßlöffel Branntwein. Man gibt 4 mal täglich ein Weinglas voll, nach gründlicher Entleerung des Darmes durch Rizinusöl. — Die Samenkörner von Brucea Sumatrana enthalten das Kossamin, das in Paris in Tablettenform verarbeitet wird. Verf. hat mit Kossamin günstige Resultate erzielt. Auch Uzara gab Verf. in 5 Fällen von Amöbendysenterie. Bei drei chronisch Kranken war die Wirkung gleich Null; in zwei anderen Fällen war ein voller Erfolg zu verzeichnen. Ein Patient mit lange bestehender Ruhr wurde innerhalb einer Woche gesund; eine 8 Wochen bestehende hämorrhagische Ruhr heilte in 3 Tagen völlig aus. Bei der chronischen Amöbenruhr wird die Verstopfung durch kleine Mengen Magnesium bekämpft. Führt die Diät allein nicht zum Ziel, so empfiehlt Verf. die Darreichung von Simaruba oder Kossamin. — Bei der Bacillenruhr hat man in schweren Fällen Erfolge von der Serumtherapie gehabt. — Was die sonstige Behandlung anlangt, so ist es im akuten Stadium am besten, die Behandlung mit einem Abführmittel (Rizinusöl, Kalomel, Magnes. sulfuric.) einzuleiten. In ganz frischen Fällen kann man sogleich ein stopfendes Mittel geben. Verf. hat mit ausgezeichneten Erfolgen die von Koehler 1903 empfohlenen Mischungen der Fluidextrakte von Cortex Simarubae, Granati und Lignum Campeche verwendet. Die Heilungsdauer betrug bei den akuten Bacillendysenterien im Durchschnitt 5,6, bei der chronischen Form 4,6 Tage. Am erstaunlichsten waren die Erfolge bei der chronischen Bacillenruhr; Kranke, die Wochen und Monate Durchfall gehabt hatten, wurden innerhalb weniger Tage geheilt. Bei Erwachsenen beträgt die Dosis 1 Eßlöffel, bei Kindern 1 Teelöffel und bei Säuglingen 20 Tropfen alle 12 Stunden. Bei Kindern ist die Baelfrucht (Aegle Marmelos) empfehlenswert. Man gibt 3 stündlich 1 Teelöffel der folgenden Mischung:

Rp.	Extract. Belae ind.	5,0
	Spirit. ammon. aromat.	4,0
	Mixtur. cretae aromat.	30,0
	Aq. Cinnamomi	50,0

Umschütteln.

Säuglinge werden mit dieser Mixtur geheilt, ohne daß ein Diätwechsel stattfindet. — Auch die Bolus alba verwendet man neuerdings bei der Bacillenruhr. Man gibt das Pulver in Wasser oder in Aq. Cinnamomae verrührt, alle 3 Stunden 1 Eßlöffel. Bei heftigen Durchfällen oder wenn der Fall nicht mehr ganz frisch ist, führt man vor der Bolusdarreichung ab. Ganz sicher wirkt auch die Bolus alba nicht. Auch mit Uzara erzielte Verf. in einigen Fällen Erfolge, in anderen Fällen versagte das Mittel. Bei der chronischen Bacillenruhr empfiehlt Verf. an Medikamenten die Koehlerschen Extrakte und die Bolus alba. — Im subakuten Stadium sind Einläufe warmer Lösungen von Tannigen, Borsäure, Kollargol von günstiger Wirkung auf die Tenesmen. Ihr Hauptgebiet sind die chronischen Erkrankungen; sie unterstützen hier die übrige Therapie. Für die Amöbenruhr sind Chininlösungen (1:1000) zu verwenden. Bei chronischen Fällen gibt man täglich einen Einlauf nach einem Reinigungsklistier. In den schwersten Fällen von akuter Ruhr, bei denen die bisher besprochene Therapie nicht hilft, sowie bei chronischen Erkrankungen mit dauerndem Abgang von Schleimhautfetzen ist die Anlegung einer Fistel am Coecum, am besten durch Appendikostomie, indiziert, um von ihr aus den Dickdarm vorsichtig zu durchspülen.

Prof. **Francis Harbitz** (Christiania): **Ueber angeborene Tuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen einwandfreien Fall von angeborener Tuberkulose bei einem Säugling zu beobachten. Die Mutter war eine 26 jährige Primipara, welche schon vor der Entbindung die Zeichen einer tuberkulösen Affektion der rechten Lungenspitze aufwies. Am 28. Tage nach der Entbindung starb die Frau. Bei der Sektion fand sich neben älteren tuberkulösen Veränderungen und mehreren kleineren Kavernen in der Lunge eine Miliartuberkulose mit verstreuten Tuberkeln in den Lungen, auf den Pleurablättern, im Peritoneum, in Leber, Milz, Nieren. Außerdem fand sich eine ältere tuberkulöse Erkrankung der rechten Tube; im Uteruskavum wies die Placentarstelle tuberkulöse Veränderungen auf (große käsige Tuberkel). Das Kind, welches schon bei der Geburt mager und klein war (47 cm, 1400 g Gewicht), wurde bald nach der Geburt von der Mutter entfernt und mit Milch ernährt, die einer anderen gesunden Frau entnommen wurde. Es starb unter zunehmender Hinfälligkeit 25 Tage alt. Die Sektion ergab ausgedehnte tuberkulöse Herde in den Lungen sowie Schwellung und käsige Degeneration der Lymphdrüsen an der Trachea bis gegen den Hilus pulmonum. Wie Verf. auseinandersetzt, spricht hier alles für eine angeborene tuberkulöse Infektion, wahrscheinlich von der Placenta aus. Derartige Fälle von angeborener Tuberkulose sind sehr selten; in der Literatur finden sich insgesamt etwa 120, von denen etwa 20 eine strenge Kritik bestehen. — Dagegen nimmt die Häufigkeit der erworbenen tuberkulösen Infektion mit dem Alter rasch zu, und zwar von Jahr zu Jahr, und im ersten Lebensjahre von Monat zu Monat. Verf. beweist dies im einzelnen an dem Zahlenmaterial seines pathologisch-anatomischen Instituts. Unter 201 Obduzierten des 1. Lebensjahres waren 40 (= 20 pCt.) tuberkulös infiziert; für das 14. und 15. Lebensjahr steigt der Prozentsatz der tuberkulös Infizierten auf 85 pCt. Von den im ersten Lebenshalbjahre Gestorbenen wiesen nur 11 pCt., von den im ersten Lebensvierteljahr Gestorbenen nur 7,3 pCt. die Zeichen einer tuberkulösen Infektion auf. Aehnliche Erfahrungen an Sektionsmaterial haben auch andere Autoren gemacht. Auch die systematischen Tuberkulinuntersuchungen an kleinen Kindern haben zu analogen Ergebnissen geführt. Alle diese Ergebnisse sprechen dafür, daß die Infektion fast immer erst nach der Geburt erfolgt. In einer Anzahl von Fällen ferner fand Verf. Kinder tuberkulöser Mütter, die in frühem Alter anderen Krankheiten erlegen waren, frei von

Tuberkulose. Verf. kommt auf Grund aller seiner Erfahrungen zu dem Ergebnis, daß die allermeisten Tuberkulosefälle bei Erwachsenen und bei Kindern auf einer Infektion nach der Geburt beruhen. R. L.

Hedwig Thierry: Beitrag zur Symptomatologie der Thyreosen. (Dissertation, München 1912.)

Unter Thyreosen sind Krankheitsbilder zu verstehen, die hervorgerufen werden durch eine quantitative oder qualitative Veränderung der Schilddrüsentätigkeit, einen Hyper- oder einen Dysthyreoidismus, wie jetzt mehr angenommen wird. Krecke stellt als wesentliches Einteilungsprinzip den Grad der vorhandenen Herzstörungen auf 3 Grade der Thyreosen. Thyreosen ersten Grades sind Erkrankungen, bei denen es auf Grund einer Struma zu Störungen des Stoffwechsels und des Nervensystems gekommen ist, bei denen aber die Störungen am Herzen nicht über das subjektive Gefühl von Herzklopfen hinausgegangen sind. Thyreosen zweiten Grades sind Erkrankungen, bei denen objektiv eine Tachykardie bis zu 120 Schlägen nachweisbar ist. Als Thyreosen dritten Grades werden diejenigen Fälle bezeichnet, die eine hochgradige Tachykardie von ständig über 120 Schlägen aufweisen, bei denen es zu schweren Störungen des Nervensystems und des Stoffwechsels gekommen ist. Es kamen an der Klinik Krecke (München), deren Material die Verfasserin verarbeitet, in den letzten 3 Jahren 240 Strumen zur Operation. Darunter 140 Thyreosen; 118 Frauen und nur 22 Männer. Allen an einer Thyreose leidenden Patienten ist das Vorhandensein einer Struma gemeinsam. Wie bei der Basedowschen Krankheit das vornehmlich leidende Organ das Herz ist, so findet man auch bei allen thyreotischen Störungen die Erscheinungen am Herzen in allererster Linie stehend und die Schwere des einzelnen Falles besonders bedingt durch das Verhalten des Herzens. Unter den Herzstörungen, die durch Strumen hervorgerufen werden, muß man grundsätzlich zwei verschiedene Arten unterscheiden: 1. die mechanische Art der Schädigung, das sog. pneumonische oder Rosesche Kropfherz und das thyreotische Kropfherz. Das erstere hat mit den thyreotischen Herzstörungen nichts zu tun. Das Herz ist der empfindlichste Indikator für die abnormen Schilddrüsenprodukte, die im Blute kreisen. Symptome vom Herzen aus bestanden in den vorliegenden 140 Fällen von Thyreosen 134 mal = in 95 pCt. der Thyreosen und in 65 pCt. der Strumen. Unter 55 schweren Thyreosen trat 46 mal eine postoperative Tachykardie ein, die in einzelnen Fällen sehr hohe Grade annahm. Als charakteristisch für die thyreogene Tachykardie gegenüber anderen Herzfehlern ließ sich in den vorliegenden Fällen nachweisen: 1. die schwere, oft nur sehr langsame Beeinflussung des Herzens durch Digitalis; 2. die geringen anatomischen Veränderungen am Herzen. Auch bei schwerster Tachykardie war selten mehr als eine leichte Arrhythmie vorhanden. 3. In den meisten Fällen das Fehlen von Geräuschen über den Klappen. Nur in einigen Fällen war ein systolisches Geräusch vorhanden, sonst waren die Töne rein. 4. Die gut erhaltene Triebkraft des Herzmuskels. Jeder einzelne Herzschlag war an der Radialis deutlich fühlbar, keine Pulswelle blieb aus. 5. Die sofortige Verschlechterung der Tachykardie auf nur kleine Jodmengen oder einige Thyreoidintabletten.

Außer am Herzen selbst ließ sich die Beeinflussung des kardiovaskulären Systems durch den Hyperthyreoidismus auch am peripheren Gefäßsystem feststellen. Die betreffenden Symptome scheinen oft zu den am frühesten auftretenden Zeichen einer beginnenden Thyreose zu gehören. Es ist 1. das Gefühl aufsteigender Hitze, 2. die Hyperidrosis. Diese kardiovaskulären Symptome konnten 80 mal, also in 57 pCt. der 140 Thyreosen, beobachtet werden. F.

Dr. **Fundner** (Bad Altheide): **Ueber den Einfluß intraabdominaler Drucksteigerung und des Füllungszustandes des Magens auf den Blutdruck.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Verf. stellte in der Breslauer medizinischen Universitätsklinik bei Herzgesunden und Herzkranken Versuche an, um den Einfluß der Druckzunahme im Abdomen und der einfachen mechanischen Hochdrängung des Zwerchfells auf den Kreislauf, speziell den Blutdruck, festzustellen. Es wurde zunächst eine breite, nicht elastische Binde um den oberen Abschnitt des Abdomens gelegt und unter diese eine breite, aufblasbare Pelotte, die ihrerseits mit einem Quecksilbermanometer in Verbindung stand. Der Druck wurde nie soweit gesteigert, daß er als schmerzhaft bezeichnet wurde; er betrug im Durchschnitt 110 mm Quecksilber. In allen Fällen wurde in der Tat, wie die Röntgendurchleuchtung ergab, das Zwerchfell in die Höhe gedrängt. Bei Herzgesunden stieg die Zahl der Atemzüge kaum an. Die Pulsfrequenz wurde nur wenig verändert, sie stieg im allgemeinen um ein geringes. Der Blutdruck wurde ebenfalls wenig geändert. Bei Herzkranken blieb ebenfalls die Atmung so gut wie unbeeinflußt. Die Pulszahl wurde auch nicht in gesetzmäßiger Weise geändert; vorher regelmäßiger Puls wurde nie unregelmäßig; der Blutdruck zeigte in großer Mehrzahl der Fälle keine nennenswerten Aenderungen. Nur in wenigen Fällen waren die Aenderungen stärker, teils im Sinne einer Abnahme, teils im Sinne einer Zunahme. — Die Hebung des Zwerchfells und ein ziemlich erheblicher Druck auf das Abdomen übt somit im allgemeinen keinen nennenswerten Einfluß auf den Blutdruck weder bei Herzgesunden noch bei Herzkranken aus. Weiter untersuchte Verf. die Einwirkung der Magenaufblähung. Diese wurde entweder mittels Lufteinpumpen durch eine eingeführte Schlundsonde oder durch Darreichung von Natr. bicarbonic. und Acid. tartaric. oder durch Trinkenlassen eines kohlensäurereichen Brunnens (Altheider Prinzensprudel) bewirkt. In den Fällen, in denen die Lufteinblasung durch die Sonde vorgenommen wurde, trat meist eine Senkung des Zwerchfells ein, während beim Aufblähen des Magens mittels Kohlensäure stets eine Hebung des Zwerchfells erfolgte. Bei herzgesunden Personen wurde in der Mehrzahl unabhängig von Senkung und Hebung des Zwerchfells eine geringe Blutdrucksteigerung hervorgerufen; in der Minderzahl blieb der Blutdruck unverändert oder sank um ein geringes. Die Stellung des Zwerchfells ist also für das Verhalten des Blutdrucks nicht von Bedeutung. Bei Herzkranken wurde fast ausschließlich die schonendere Kohlensäureaufblähung angewendet. Von 9 Fällen zeigten 4 dabei eine Drucksenkung bis zu 20 mm Quecksilber. Die übrigen Fälle behielten ihren Blutdruck unverändert bei oder zeigten eine geringe Blutdrucksteigerung. Die erheblichsten Blutdrucksenkungen zeigten Kranke mit Fehlern am Mitralostium. Verf. zieht aus den erhaltenen Ergebnissen den Schluß, daß es sich bei den Herzstörungen digestiver Natur nicht einfach um mechanische Einwirkungen auf den Kreislauf handelt, sondern daß reflektorische Vorgänge eine Rolle spielen. R. L.

Chirurgie.

M. Mayer, H. Rocha und **H. Werner: Untersuchungen über Verruga peruviana.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Die Verfasser berichten über einen Fall, der im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg zur Beobachtung kam. Es handelt sich um einen 22 jährigen Matrosen, welcher an Malaria tertiana litt und außerdem an der Haut der Extremitäten, besonders beider Unterschenkel, eine Knötchenruptur aufwies, die als Verruga peruviana erkannt wurde. Der Kranke hatte im Februar und März 1912 von Lima aus das Oroyatal in Peru durchwandert und war darnach erkrankt; er wurde wegen eines Fiebers, das durch Chinin nicht beeinflußt wurde, 2½ Monate im Krankenhause zu Lima behandelt. 14 Tage nach der Entlassung kam es zu einem erneuten Fieberausbruch, in dessen Verlauf die Knoteneruptionen sich zeigten, die seitdem bestehen blieben. Im Dezember 1912 trat der Kranke in das Seemannskrankenhaus zu Hamburg ein. Im Blut wurden zahlreiche Tertianaparasiten nachgewiesen, außerdem bestand Milzschwellung. Die Malaria und die durch sie bedingten Veränderungen wurden durch Chinin prompt beseitigt. Die Knoteneruption zeigte seit Januar 1913 eine Tendenz zum Zurückgehen, vielleicht unter Einfluß einer damals begonnenen Salvarsankur (3 intravenöse Injektionen à 0,5 g). Jedoch wurde eine spezifische Wirkung des Salvarsans nicht einwandfrei nachgewiesen. Nach Verschwinden aller Krankheitserscheinungen wurde Patient Anfang Februar entlassen. In den aus den Hautknötchen hergestellten Präparaten wurden Einschlüsse in den gewucherten Zellen gefunden, die dafür sprechen, daß diese Krankheit in die Gruppe der Chlamidozoenkrankheiten gehört. Auch gelang es, mittels des Inhalts zerriebener Papeln die Krankheit auf Affen zu übertragen. R. L.

Dr. **G. W. Maly** (Reichenberg): **Ein Fall von außergewöhnlicher Blasensteinbildung an einem Fremdkörper.** (Zeitschrift f. gynäkol. Urologie, 1913, Bd. 4, H. 2.)

Eine 22 jährige Näherin klagte über Schmerzen im Unterleib, besonders beim Sitzen, und wachsende Harnbeschwerden seit einem Jahre. Befund: Virgo; gleich hinter der Symphyse oberhalb der vorderen Vaginalwand eine im ganzen hühnereigroße, harte, knollige Resistenz; der eingeführte Katheter stieß sofort auf einen harten Körper; Urin trüb, ammonialkalisch. Cystoskopischer Befund: Man sieht am Blasenboden deutlich eine Haarnadel mit ihrer Umbiegungsstelle nach oben und perlenartig aufgereiht auf beiden Schenkeln sieben weit über haselnußgroße, schön fazettierte Steine; ein achter, der sich losgelöst hatte, liegt daneben und läßt noch den zentralen feinen Kanal deutlich sehen. Operation: Wegen der engen virginellen Verhältnisse wird als einfachstes Verfahren die Sectio alta beschlossen und in Aethernarkose mit Querschnitt typisch vorgenommen, nach entsprechender Vorbereitung. Nach Entfernung der Steine zweifache Blasennaht, Glasdrain und typische Vernähung von Muskeln, Fascie und Haut. — Dauerkatheter. Glatter Verlauf; nach 14 Tagen entlassen, cystoskopisch am Blasenboden noch Rötung der etwas wulstigen Schleimhaut; Harn nur leicht getrübt durch einige Schleimflocken.

Das Merkwürdige des Falles besteht nur darin, daß die Nadel nicht gleichmäßig von sich ansetzenden Konkrementen umgeben ist, sondern dieselben sich in perlschnurartiger Aufreihung gebildet haben. Kr.

Gynäkologie.

Privatdozent Dr. **Hans Schlimpert** (Freiburg i. B.) und Dr. **James Hendry** (Glasgow): **Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion [Dialysierverfahren und Ninhydrinreaktion].** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 13.)

Die Verfasser haben in der Freiburger Universitäts-Frauenklinik die Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden einer eingehenden Nachprüfung unterzogen. Wie sie auseinandersetzen, ist die Methode so subtil, daß es erst sorgfältiger Einarbeitung und mehrfacher persönlicher Unterweisungen durch Abderhalden bedurfte, bis sie einwandfreie Resultate erzielten. Erst in den letzten 79 Fällen wurden keine Fehlresultate mehr beobachtet, d. h. bei Schwangeren war die Reaktion immer positiv, bei Nichtschwangeren negativ. Wie die Verfasser betonen, können nur Untersuchungsergebnisse, die durch Kontrollen an zahlreichen nichtschwangeren Individuen bestätigt sind, Anspruch auf Geltung erheben. Eine der wesentlichsten technischen Schwierigkeiten, die Unmöglichkeit der Herstellung völlig blutfreien Placentagewebes, kann lediglich durch die Beschaffenheit des zur Auswaschung verwendeten Wassers bedingt sein. Diese Schwierigkeit läßt sich, wie die Verfasser gefunden haben, durch Verwendung von Kochsalzlösung, speziell von 0,9 proz., zum Auswaschen der Placenta leicht beheben.

Dr. **C. Sultan** (Kiel): **Eine seltene Indikation zur Darmresektion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Einer 42 jährigen Frau war zur Verhütung der Konzeption ein „Sterilett" (Obturator uteri) eingelegt worden. Nach einigen Monaten ging das Sterilett verloren. Es traten darnach stärkere Blutungen ein; auch die Menses wurden in der Folge unregelmäßig, schmerzhaft, sehr blutreich. Es wurde deshalb von dem Arzt der Patientin die Ausschabung beschlossen. In Morphium-Skopolaminnarkose wurde zunächst mit Hegarschen Stiften bis No. XIV dilatiert. Bevor kurettiert wurde, fühlte der Arzt einen Tumor im Uteruskavum, den er für einen Polypen hielt. Er zog ihn mit der Abortzange vor, wobei er sich als eine Darmschlinge herausstellte. — Verf. wurde hinzugezogen; er bestätigte, daß in der Scheide eine Dünndarmschlinge sich befand, die von ihrem Mesenterium völlig losgelöst war, und die Patientin wurde sofort in die Klinik behufs Laparotomie gebracht. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle sah man die beiden Schenkel einer Dünndarmschlinge in eine links hinten sitzende, dem Corpus uteri angehörende Perforation eintreten. Der Riß in der Uterussubstanz war 1½—2 cm lang. Die Uteruswunde wurde scharf erweitert und das etwa 20 cm lange Dünndarmstück hervorgezogen und reseziert. Zirkuläre Darmnaht, Naht des Mesenteriums, Verschluß der Uteruswunde mit 4 durch die ganze Dicke der Muskulatur greifenden Jodkatgutnähten. Vollständiger Nahtverschluß der Bauchhöhle. Nach 3 Wochen wurde die Frau geheilt entlassen. In diesem Falle hatte, wie Verf. annimmt, das Sterilett ein Dekubitalgeschwür des Uterus herbeigeführt und die Perforation vorbereitet, die dann möglicherweise durch die Dilatation perfekt wurde. Jedenfalls zeigt der Fall die Gefährlichkeit des „Steriletts". R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **H. Mehler** und Dr. **L. Ascher** (Georgensgmünd bei Nürnberg): **Beitrag zur Chemotherapie der Tuberkulose. Versuche mit Borcholin [Enzytol].** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 14.)

Die Verfasser berichten über Versuche mit Borcholin, einem Präparat, welches Cholin als locker gebundenes Salz enthält, bei Tuberkulose. Werner hatte früher gezeigt, daß Cholin eine ähnliche biologische Wirkung hat, wie die therapeutisch wirksamen Strahlen. Werner und Ascher fanden dann, daß Borcholin in relativ großen Dosen appliziert verhältnismäßig ungiftig ist und dabei Cholinwirkung zeigt. Das Borcholin brachte in einer Anzahl von Fällen Rattensarkome und Mäusecarcinome zum Verschwinden. Aus theoretischen Gründen, auf Untersuchungen von Deycke und Much fußend, erwarteten die Verfasser, daß Borcholin auch die Tuberkelbacillen in corpore abtöten könnte, deshalb beschlossen sie, daß Präparat bei chirurgischer Tuberkulose zu versuchen. Da Borcholin bei subkutaner Applikation häufig zu Erythemen und Epidermisnekrosen führt, so kam von vornherein nur die intravenöse Injektion in Frage. Das Präparat wird in 10 proz. Lösung unter dem Namen Enzytol von den Vereinigten Chemischen Werken in Charlottenburg hergestellt. Die Verfasser stellten daraus unter strengaseptischen Kautelen sich 1 proz., 1½ proz. und 2 proz. Gebrauchslösungen her, die, bei 5° C. aufbewahrt, sich mindestens 2 Monate lang halten. Zur Injektion sind am zweckmäßigsten Rekordspritzen von 5, 10 und 20 ccm Inhalt, die vor und nach jedem Gebrauch in Wasser ausgekocht und in der Zwischenzeit in 2 proz. Karbolglyzerinlösung aufbewahrt werden. Die Injektion wurde in eine Armvene gemacht. Es wurde gewöhnlich zuerst 1 ccm der 1 proz. Lösung injiziert (0,01 Borcholin) und die Einzeldosis bis auf 0,25 g reinen Borcholins gesteigert. Letzthin wurde sogar die Dosis bis auf 1 g Borcholin gesteigert, und zwar wurde diese Dosis in ¼ proz. Lösung in die Vene ganz langsam infundiert (also 400 g Flüssigkeit), in der Weise, daß in der Minute nicht mehr als 20 g einlaufen. Bei Injektionen von kleineren Mengen Borcholin (bis 0,05 g) klagten die Patienten über keine unangenehmen Sensationen während und nach der Einspritzung. Bei größeren Dosen tritt während der Injektion Rötung des Gesichts, leichtes Schwindelgefühl, Herzklopfen, rasch vorübergehende Dyspnoe, starke Sekretion der Speichel- und Tränendrüsen auf. Diese Erscheinungen gehen nach 1—2 Minuten vollständig zurück. — Was nun die Wirkung des Borcholins auf die chirurgische Tuberkulose anlangt (es wurden daneben keine anderen Mittel wie Jodoform angewendet, sondern die Wunden nur aseptisch verbunden), so zeigt sich schon am Tage nach der ersten Cholininjektion eine vermehrte seröse Sekretion der Wunden; dies wiederholt sich nach jeder Injektion (es wurde durchschnittlich jeden zweiten Tag injiziert). Dabei entwickeln sich kräftige, frisch aussehende Granulationen, große Wundhöhlen füllen sich auffallend rasch aus und heilen ohne Fistelbildung. Gleichzeitig bessert sich das Allgemeinbefinden, das Körpergewicht nimmt zu, der evtl. bestehende Husten hört auf. Auch bei den an Lungentuberkulose gleichzeitig leidenden Patienten war diese günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens zu beobachten. In einigen Fällen wurde schon nach 0.05 g Borcholin bei Kranken mit Lungentuberkulose eine Reaktion mit Fieber bis 39,4° beobachtet. Im allgemeinen hatten die Injektionen eine um so geringere Fieber- und Herdreaktion im Gefolge, je torpider der Verlauf der Krankheit war. Die Wirkung der Einspritzungen auf die Tuberkelbacillen zeigte sich u. a. darin, daß manchmal schon nach verhältnismäßig wenigen Einspritzungen die nach Ziehl gefärbten Tuberkelbacillen nicht mehr Stäbchenreihen, sondern Körnerreihen bildeten. Ein Fall von schwerer Tuberkulose des Fußgelenks und der Lungen, der ausführlicher mitgeteilt wird, zeigte einen besonders günstigen Verlauf unter Borcholinbehandlung. Sowohl die Gelenktuberkulose wie die Lungentuberkulose sind vorläufig geheilt; das Körpergewicht nahm um 17 kg zu. R. L.

Prof. Dr. **H. Strauss** (Berlin): **Ueber Kombinationswirkung von Medikamenten bei der Behandlung der Herz- und Nierenwassersucht.** (Therapeut. Monatshefte, März 1913.)

Verf. lenkt auf Grund 15 jähriger Erfahrungen die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf die zielbewußte Kombination einer größeren Reihe von Herztonicis und Diureticis für die Behandlung der Herz- und Nierenwassersucht in solchen Fällen, in welchen einfache Kombinationen versagen. Verf. konnte zahlreiche Patienten, bei welchen einfache Mischungen, wie Digitalis-Diuretin und Digitalis-Kalomel, versagt hatten, durch die gleichzeitige Anwendung der Kombination einer ganzen Reihe von Herztonicis und Diureticis in effektvollerer Weise entwässern, als es ihm mit einfachen Mischungen möglich war. Mitunter hat er mit solchen zusammengesetzten Mischungen geradezu überraschende Wirkungen erreicht. In früheren Jahren hat er zu diesem Zwecke meist folgende Kombination gebraucht: Rp. Inf. e fol. Digit. titr. 1,0, Bulb. Scillae 5,0 cum aq. dest.; adde: Diuretin 10,0, Tinct. Strophant. 3,0, Spartein. sulf. 0,1, Sir. Juniperi ad 180,0. MDS. 4 mal tägl. 1 Eßl. In den letzten Jahren hat Verf. der „Mixtura composita bezw. antihydropica" (wie sie von ihm kurz genannt wird) das schwer lösliche Diuretin durch das leicht lösliche Euphyllin (2.5 g) ersetzt. Er ließ die genannte Mixtur meist auf vollen Magen geben, da sie bei längerem Gebrauch nicht ganz selten Dyspepsien erzeugt. In denjenigen Fällen, in welchen von vornherein eine Dyspepsie bestand, hat Verf. die rektale Darreichung angewandt, und zwar in folgender Form: Rp. Inf. e fol. Digit. titr. 1,0, Bulb. Scill. 5,0, c. aq. dest. 150.0; Euphyllin, Tinct. Strophant. āā 2,5, Spartein. sulf. 0,1, Tct. Opii simpl. 1,0, Mucilag. Gummi arab. ad 180,0. MDS. 2 mal tgl. 2 Eßl. als Klysma.

Zahlreiche Erfahrungen haben in Verf. den Eindruck erweckt, daß wir es bei der Anwendung der hier genannten Gemische nicht mit einer bloßen Additionswirkung zu tun haben, sondern mit einem Effekt, welcher die einfache Summationswirkung der einzelnen zur Anwendung gelangenden Substanzen erheblich übersteigt. Jedenfalls hat Verf. in sehr vielen Fällen von Herz- und Nierenwassersucht, in welchen alle möglichen therapeutischen Methoden vergebens benutzt worden waren, mit dem hier beschriebenen Vorgehen noch eine erhebliche Harnflut erzielen können, und auch in gar manchem Falle von schwerer enhydropischer Herzmuskelinsuffizienz, bei welchem andere Mittel versagt hatten, mit den genannten Gemischen noch einen Erfolg erreicht.

Die hier besprochene Mischung hat an sich die Eigenschaft, die für die Entwässerung so wichtige Kochsalzausscheidung zu steigern. Kr.

Serumtherapie.

Dr. **Rudolf Hoffmann** (München): **Ueber das Anovarthyreoidserum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1913, No. 13.)

Verf. hat durch die Firma Merck (Darmstadt) ein Serum von Schafen herstellen lassen, denen die Thyreoidea und die Ovarien exstirpiert worden sind. Dieses Serum ist in erster Linie zur Behandlung der Osteomalacie bestimmt. Verf. berichtet über einen Fall, in welchem dieses Serum mit Erfolg angewendet wurde. Es handelte sich um eine 34 jährige verblödete Kranke, die seit 2 Jahren an fortschreitender Osteomalacie litt. Die selbständige Fortbewegung war ihr unmöglich geworden. Es wurden nun in Intervallen von 3—5 Tagen 9 mal je 10 ccm subkutan eingespritzt. Die Injektion war einige Male von leichten Exanthemen gefolgt, die den Charakter von Urticaria und Erythema besaßen und ohne weitere Störungen in 24—48 Stunden verschwanden. Einmal trat vorübergehend eine Temperatursteigerung auf 38° ein. Die Patientin wurde wieder gehfähig, die Druckschmerzhaftigkeit der Knochen ist geschwunden. Verf. gibt die theoretischen Erwägungen an, die ihn veranlaßten, dieses Anovarthyreoidserum herstellen zu lassen, und empfiehlt u. a., es bei Rachitis, ferner bei Pubertätspsychose zu geben. R. L.

Chirurgische Therapie und Technik.

Prof. Dr. **Oskar Vulpius** (Heidelberg): **Ueber die Arthrodese des Hüftgelenks.** (Münch. med. Wochenschr., 1913, No. 13.)

Verf. empfiehlt bei doppelseitig gelähmtem Hüftgelenk die Arthrodese des Gelenks. Er führt die Operation folgendermaßen aus: Von dem Langenbeckschen Resektionsschnitt aus wird die Gelenkkapsel freigelegt und vom Schenkelhals bis zum Rand des Acetabulum gespalten. Unter Adduktionsstellung des Hüftgelenkes wird mit spitzem Skalpell oder mit dem Tenotom das Ligamentum teres durchschnitten. Nachdem der Kapselansatz am Schenkelhals genügend gelöst ist, gelingt die Luxation des Kopfes sehr leicht. Letzterer wird nun allseitig gründlich angefrischt. Darauf wird die Pfanne mit großem scharfen Löffel ihres Knorpelüberzuges vollständig beraubt. Dann wird der Kopf reponiert. Irgendwelche Knochennaht wird nicht vorgenommen, sondern Kapsel, Muskulatur, Fascie und Haut in Etagen vernäht. Ein Gipsverband, der das ganze Bein und den Rumpf bis zum Rippenbogen umfaßt, stellt das Gelenk für 3—4 Monate fest. Es ist zweckmäßig, das Bein in ganz leichter Abduktion und geringer Außenrotation zu fixieren. Das Ergebnis ist fast ausnahmslos eine sehr feste fibröse oder knöcherne Ankylose des Hüftgelenks. Die Funktion des Beines wird sehr erheblich gebessert, statt des früheren Vorschleuderns wird jetzt ein langsames Vorheben des Beines beim Gehen möglich. Das seitliche Einsinken des Beckens ist verschwunden, die Körperlast wird von dem Bein ohne Schwierigkeit getragen. Das Bein kann in Rückenlage mehr und mehr von der Unterlage gehoben werden, offenbar mit Hilfe der Bauchmuskeln. Trotz der Versteifung des Hüftgelenkes in Streckung oder ganz geringer Flexion ist der Patient durch ausgiebige Kyphosierung der Lendenwirbelsäule imstande zu sitzen. R. L.

Dr. **Richard Schreiber** (Berlin): **Tonsillektomie [mit Berücksichtigung eines neuen Verfahrens nach Klapp].** (Die Therapie der Gegenwart, April 1913.)

Verf. schließt sich uneingeschränkt der von Hopmann aufgestellten Forderung an, daß überall dort, wo überhaupt eine Mandeloperation indiziert ist, die totale Exstirpation zu erfolgen hat. Wann soll nun operiert werden, wann nicht? Als direkte Kontraindikation möchte Verf. Diphtherie, wie überhaupt alle akuten Formen der Angina betrachten, da wir sonst zu der an sich schon Infektionen fördernden Tonsille noch eine neue Wundfläche hinzufügen, welche einer verstärkten Bakterienresorption in denkbar günstiger Weise Vorschub leisten würde. Verfassers Indikationsstellung entspricht dem Standpunkte von Sturmann, Pässler, Halle usw., welchen letzterer dahin fixierte: „Bei Kindern erscheint mir die Tonsillenexstirpation nur gerechtfertigt, wenn bei kleinen, „versenkten“ Tonsillen trotz lokaler Behandlung Anginen häufig rezidivieren, oder wenn die vorangegangene Tonsillotomie bei hypertrophischer Tonsille keinen Erfolg zeitigte. Endlich die Fälle, bei denen eine der von den Mandeln ausgehenden Komplikationen vorliegt oder befürchtet werden muß.“ Bei Kindern besteht die häufigste Komplikation in den entzündeten, bisweilen abszedierenden Lymphdrüsen der Submandibularregion. Auch bei Erwachsenen ist die Tonsillektomie ohne jede Einschränkung indiziert, wenn eine Beziehung von Erkrankungen zu entzündlich veränderten Tonsillen angenommen werden kann.

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß bei derartigen Operationen der Mund- und Rachenhöhle — besonders bei jugendlichen Individuen — mit Rücksicht auf die Aspirationsgefahr eine Narkose möglichst vermieden werden soll. Bei der neuen, einfachen Methode der Tonsillektomie nach Klapp kommt man bequem ohne jede Narkose aus. Das Klappsche Instrument ist im wesentlichen nichts anderes als eine modifizierte Luersche Hohlmeißelzange. Die Löffel sind zur Längsachse stärker, fast rechtwinklig abgebogen. Am oberen hinteren Rande der Löffel sind die schneidenden Flächen bis auf ein Minimum — als überflüssig und störend — fortgefallen, und so ein breiter Spalt ohne scharfe Ränder geschaffen worden, der zweierlei wichtige Vorteile bietet. Einmal wird hierdurch eine Verletzung der Uvula unmöglich gemacht, andererseits wird das Instrumentarium hierdurch erheblich vereinfacht. Nämlich in Fällen, in denen die Tonsille größer als der Hohlraum der Löffel ist, wird beim Schließen der Zange der Ueberschuß an Tonsillargewebe einfach zum Spalt herausgedrückt, und auf diese Weise kann die Zange den größten Gebilden gerecht werden. Für die kleineren, weniger in die Mundhöhle prominierenden, verwachsenen Gaumenmandeln besteht ein etwas kleineres Modell. Mit diesen beiden Größen ist Verf. bisher in allen Fällen ausgekommen.

Man führt das Tonsillotom geschlossen — mit beiden Händen arbeitend — in die Mundhöhle ein, öffnet die Zange vor der Tonsille und richtet sein Hauptaugenmerk darauf, daß beide Branchen fest in der Gaumenpfeilernische eingesetzt sind, und zwar so, daß der eine Löffel oberhalb, der andere unterhalb der Tonsille liegt. Jetzt wird — immer noch mit geöffneten Branchen — gegen die seitliche Rachenwand gedrückt, worauf die ganze Tonsille zwischen die Zangenlöffel gleitet. Die Zange wird mit starkem Druck geschlossen und mit kurzem Ruck angezogen. Hierauf läßt man die Patienten mit Wasserstoffsuperoxyd spülen oder betupft mit dieser Lösung direkt die blutende Stelle, worauf die Blutung baldigst steht.

Medizinalrat Dr. **Kohlhaas** (Stuttgart): **Die Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1912, No. 49.)

In der Behandlung der Fälle von vorgerückter Lungentuberkulose ist in den letzten Jahren ein erfreulicher Umschwung eingetreten; die aufgegebenen und hilflos dahinsiechenden Kranken sind mit einem Male in den Vordergrund des ärztlichen Interesses gerückt, seitdem sie durch die Einführung der Kompression der tuberkulösen Lunge Gegenstand einer aktiven und, wie man heute schon sagen darf, einer in vielen sonst verlorenen Fällen aussichtsreichen Therapie geworden sind. Späth in Eßlingen hat die auch von anderen Aerzten gemachte Beobachtung, daß ein länger bestehendes pleuritisches Exsudat oft günstig auf eine kavernöse Phthise wirke, und die von ihm in einem Falle gemachte Wahrnehmung der günstigen Beeinflussung einer solchen durch einen spontan entstandenen Pneumothorax als erster weiter verwertet, indem er sich dahin aussprach, daß ein Heilversuch durch Anlegung eines künstlichen Pneumothorax bei einseitiger vorgeschrittener Lungentuberkulose wohl angezeigt wäre. Der Energie Brauers war es vorbehalten, der neuen Methode die Wege zu ebnen und ihr die wissenschaftlichen Grundlagen zu geben.

Welche Fälle sind nun zur Einleitung des Verfahrens geeignet? Als Grundbedingung ist natürlich zu fordern, daß der Kranke noch so viel Lungengewebe atemfähiger Art auf der leichter erkrankten Seite habe, daß die Ausschaltung der wenn auch schwer kranken, aber doch noch etwas atmenden Seite ihn nicht dauernd dyspnoisch mache. Ferner sollen nur solche Lungen in Angriff genommen werden, die keiner klimatischen oder spezifischen Therapie mehr zugängig sind, es müssen also deutlich nachweisbare Kavernen oder sonst sehr vorgeschrittene Krankheitsherde vorhanden sein. Es sind somit in erster Linie Fälle von einseitiger vorgerückter Lungentuberkulose geeignet. Doch erscheint eine Beschränkung auf ganz einseitige Fälle nicht unbedingt nötig, da, wie Brauer gezeigt und wie Verf. dies auch seine Erfahrung bestätigt hat, die Ruhigstellung der schwerkranken Lunge und die danach erhöht notwendige Atemtätigkeit der anderen Lunge dieser nicht selten nur günstig zu sein scheint. Neben diesen in erster Linie mit der Methode zu behandelnden Fällen erscheint Verf. eine weitere und sehr berechtigte Indikation die der unstillbaren Hämoptoe aus sicher bekannter Seite. — Diese Fälle können außerordentlich dankbar sein, da wir nicht nur der unmittelbaren Indicatio vitalis genügen, indem wir die Blutung durch Kompression der blutenden Stelle zum Stillstand bringen, sondern wir beginnen gleichzeitig und in derselben therapeutischen Handlung mit der Heilung der Ursache der Blutung, der Kaverne, indem wir sie komprimieren. Verf. hat zwei vorzügliche Fälle dieser Art behandelt und möchte den künstlichen Pneumothorax in seiner Bekämpfung solcher schwerer Lungenblutungen nicht mehr missen. In neuerer Zeit ist unter dem überaus günstigen Eindruck, den die Ergebnisse der neuen Methode auf die Aerzte machen, das Bestreben hervorgetreten, diese bisher gültigen Indikationen wesentlich weiter zu fassen. Verf. möchte davor im Interesse der Methode warnen. Er möchte insbesondere dem kühnen Gedanken Forlaninis zunächst nicht folgen, wenn er rät, bei doppelseitiger Phthise zuerst die eine Seite, dann

die andere mit Pneumothorax zu behandeln, denn die Befürchtung liegt sehr nahe, es möchte dann nicht mehr viel atemfähiges Lungengewebe vorhanden sein. Verf. hat nach diesen Indikationen bisher 41 Fälle behandelt. Von diesen 41 Fällen sind 5 ohne Erfolg behandelt, da der Pneumothorax zwar hergestellt werden konnte, aber bei weiterer Behandlung sich ergab, daß die andere Lunge bereits zu sehr erkrankt war. Bei 11 Fällen war der Erfolg des Pneumothorax ein recht guter, sowohl was das Allgemeinbefinden als auch den Zustand der Lunge anlangt, doch zeigten sich im Laufe der Behandlung andere tuberkulöse Erkrankungen, wie Darm-, Nieren- und Kehlkopftuberkulose, so daß die Weiterführung des Verfahrens nicht mehr zweckmäßig erschien. Bei 11 Fällen war der Erfolg ein guter und führte eine sehr bemerkenswerte, anhaltende Besserung des Allgemeinbefindens herbei, wie sie vorher durch keine andere langwierige Kur erzeugt worden war. Von zwei Fällen kann Verf. heute sagen, sie sind geheilt; namentlich der eine ist seit über zwei Jahren frei von Fieber, Auswurf, Lungenerscheinungen, hat um 60 Pfund zugenommen, obgleich er den arbeitenden Klassen angehört und täglich arbeiten muß. Bei 12 ist die Behandlungsdauer noch zu kurz, als daß sich schon ein sicheres Urteil aussprechen ließe, aber auch bei allen diesen ist bereits eine sehr beträchtliche subjektive und objektive Besserung eingetreten, so daß jedenfalls eine ganze Anzahl auch dieser Fälle ein gutes Resultat geben wird. Alles in allem kann man angesichts dieser Ergebnisse, da sie nur bisher völlig aufgegebene Fälle betreffen und da sich dieselben mit den Resultaten der übrigen Autoren decken, wohl sagen, daß es sich um eine Methode handelt, die weiter geprüft und verwendet werden muß. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Juni 1913.
Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Demonstration eines Falles von vollständig verknöcherter Achillessehne.

Herr **Ludwig Meyer:** 44 jähriger Patient, der 40 Jahre nach einer in der Erlanger chirurgischen Universitätsklinik wegen traumatischem Pes equinus vorgenommenen Tenotomie der Achillessehne das Bild einer vollkommenen Sklerosierung dieser Sehne bietet. Ob Verknöcherung oder nur Verkalkung vorliegt, läßt sich nicht feststellen, da keine Beschwerden vorhanden sind und der sklerosierte Zapfen nicht zur Exstirpation und Mikroskopierung gelangt. Röntgenbild. (Bericht des Vortragenden.)

Tagesordnung:

Zur operativen Behandlung der Erkrankungen des Blasenhalses und der hinteren Harnröhre.

Herr **Erich Wossidlo:** Nach kurzer Besprechung der gebräuchlichsten Untersuchungs- und Operationsinstrumente für die hintere Harnröhre schildert Vortr. kurz die Symptome der in Frage kommenden Krankheiten. An der Hand von epidiaskopischen Bildern führt er als relativ einfachste Erkrankungsform die Schwellungszustände des Colliculus seminalis an, die er zunächst mit Aetzungen und nur in renitenten Fällen mit Stichelungen behandelt. Den Uebergang zu einem anderen häufigen Befunde stellen die Granulationsbildungen dar, die vorzugsweise den Colliculus und die Wandungen der Fossula prostatica befallen, die zunächst gleichfalls mit Lapisätzungen und nur in schwereren Fällen mittels Galvanokaustik oder Curettement beseitigt werden. Sehr leicht werden mit diesen Granulationen kleine Polypen verwechselt. Es folgt nun eine eingehende Besprechung der verschiedenen Polypenformen, wie sie sowohl in der Pars membranacea methrae, der Pars prostatica, am Colliculus und am Sphincter internus gefunden werden. Ihre Zerstörung erfolgt meist auf galvanokaustischem Wege, an der Innenseite des Sphinkter gerne mit Hilfe der scharfen Zange und wenn sie in großer Zahl dicht beieinander sitzen an den Wänden der Pars prostatica mittels Kurettements. Als eine besonders bemerkenswerte Erkrankung führt der Vortragende Brückenbildungen über dem Colliculus seminalis an, die als kongenitale oder vielleicht als chronisch entzündliche Bildungen aufzufassen sind. Von einer gleichfalls von ihnen des öfteren vorgenommenen endourethralen endoskopischen operativen Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Galvanokaustik oder Elektrolyse rät Wossidlo im allgemeinen ab, da die Aussichten bei einer meist danach folgenden Prostatektomie zu sehr verschlechtert werden. Tuberkulöse Prozesse können in vereinzelten Fällen zirkumskripter Erkrankungen galvanokaustisch behandelt werden. Alle die verschiedenen Eingriffe, die er jetzt nur noch entweder im Luftendoskope von H. Wossidlo oder mit dem von ihm selbst angegebenen Operationsinstrumentarium unter Irrigation vornimmt, sind, wie der Vortragende angibt, relativ leicht ausführbar und führen selten zu Komplikationen. Vortr. hat bei über 300 derartigen von ihm vorgenommenen Eingriffen nur einmal eine Cystitis erlebt. Er führt dies auf vorsichtiges Arbeiten und entsprechend lange Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen zurück und warnt infolge von beobachteten schweren Prostataabszessen nach andererseits gemachten kurzintervalligen Eingriffen besonders hiervor und des ferneren vor Polypragmasie. (Bericht des Vortragenden.)

Diskussion:

Herr **Ernst R. W. Frank** hat im Laufe der letzten Jahre ebenfalls in der hinteren Harnröhre und am Blasenhals operative Eingriffe ausgeführt und dabei gute Resultate erzielt. Er benutzt die von Goldschmidt angegebenen, teilweise von ihm modifizierten Instrumente; seit kurzem benutzt er zu diesen Eingriffen auch bipolaren, niedriggespannten Hochfrequenzstrom. F. stimmt darin mit Herrn Wossidlo überein, daß für die vorgeschrittenen Fälle von Prostatahypertrophie die Prostatektomie die Operation der Wahl bleibt. In diesen vorgeschrittenen Fällen führt eine endourethrale Behandlung nur zu Mißerfolgen; besonders besteht beim Mißlingen des Eingriffs bei diesen meist in hohem Alter stehenden und an den verschiedensten Komplikationen leidenden Patienten die Gefahr der Infektion und der Harnvergiftung. Handelt es sich dagegen nur um die relativ geringen Veränderungen der beginnenden Vorsteherdrüsenvergrößerung mit ihren bekannten lästigen Symptomen, so kann man mittels seichter kaustischer endourethraler Inzisionen den Patienten ihre quälenden Beschwerden erleichtern. F. erläutert das Gesagte durch Demonstration der Bilder einiger von ihm endourethral-galvanokaustisch behandelten Fälle von Prostatahypertrophie resp. beginnendem Adenom der Vorsteherdrüse. Ferner demonstriert F. die Bilder eines Falles, der zur Gruppe der sogen. „sexuellen Neurasthenie" gehört. Es handelt sich in diesen Fällen häufig um Wucherungen, meist in der Fossula prastatica. Diese stören entweder die Urinentleerung oder sie führen auch zu lästigen, den Schlaf störenden Erektionen. Man kann diese Wucherungen mittels endourethraler Aetzungen beseitigen, wie F. an dem Bilde demonstriert. Er zeigt ferner die Bilder eines Falles von kongenitaler Harnröhrenstriktur, dann eine Verletzung der Fossula prostatica durch eine Ultzmannsche Instillationsspritze, weiter Fälle von Konkrementen in der hinteren Harnröhre; in einem Falle gelang es F., mittels einer kleinen Kurette in Verbindung mit dem Irrigationsurethroskop ein kleines Steinchen zu entfernen.

Herr **Roth** hat mehrfach Gelegenheit gehabt, das Operationsinstrument des Herrn E. Wossidlo anzuwenden und kann es nur loben; es ist leicht und bequem anzuwenden und liefert sehr deutliche Bilder. Die Erfindungen von Goldschmidt und Wossidlo bedeuten in der Tat einen großen Fortschritt gegen die frühere Zeit, in der man darauf angewiesen war, die hintere Harnröhre mit dem geraden Tubus einzustellen und dabei meist kein deutliches Bild erhielt. Erst jetzt ist man in der Lage, die Veränderungen in der hinteren Harnröhre gründlich zu erkennen und wenn nötig zu behandeln. Bei den sogenannten Sexualneurasthenikern nun findet man in der Tat häufig Veränderungen in der hinteren Harnröhre, Hypertrophien des Colliculus, Polypenbildungen usw. Manchmal jedoch bestehen derartige Veränderungen, ohne irgendwelche Beschwerden zu machen; umgekehrt hat Redn. wiederholt solche Bildungen weggebrannt, ohne die Beschwerden der Patienten dauernd zu beseitigen. Er zeigt die Bilder einiger von ihm endourethral behandelten Fälle und empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen vorsichtige Indikationsstellung bei endourethralen Eingriffen, weil sonst die endourethrale Therapie leicht in eine Polypragmasie ausarten könnte.

Herr **Arthur Lewin:** Das von den Vorrednern Gesagte hat gezeigt, daß der verstorbene Hans Goldschmidt mit Recht sich von der Erfindung seines endoskopischen Instrumentariums erhebliche Fortschritte in bezug auf die Physiologie und Pathologie der hinteren Harnröhre versprach. Bei der starken Vergrößerung, in welcher die Bilder erscheinen, ist allerdings eine gewisse Vorsicht in der Deutung des Gesehenen notwendig, damit nicht unbedeutende Schwellungszustände als pathologische Zustände erscheinen. Aber alles in allem hat die Methode in der kurzen Zeit von 6 Jahren unsere Kenntnisse auf dem Gebiete der Erkrankungen der hinteren Harnröhre, der sexuellen Neurasthenie usw. in ungeahntem Maße erweitert. Die dem Goldschmidtschen, von Herrn Wossidlo sen. modifizierten Instrumentarium von Herrn Erich Wossidlo gegebene Form macht die Handhabung desselben so leicht, daß die Technik auf diesem Gebiete keine Schwierigkeiten mehr macht; das gleiche gilt auch von den unter Leitung des Endoskops vorgenommenen operativen Eingriffen. Im Anschluß an diese Bemerkungen zeigt L. in einer größeren Zahl von endoskopisch aufgenommenen Bildern mannigfache physiologische und pathologische Zustände der Gebilde der hinteren Harnröhre, besonders des Colliculus seminalis.

Herr **A. Freudenberg** bemerkt zu der Angabe des Herrn E. Wossidlo, wonach vorangegangene galvanokaustische Eingriffe die spätere evtl. notwendige Prostatektomie erschweren, daß dies seinen Erfahrungen nicht entspricht. Er hat in einigen Fällen, in denen vorher ein Bottini gemacht worden war, ohne Schwierigkeiten die suprapubische Prostatektomie gemacht. Die

Enukleation der Prostata ist ja überhaupt im Einzelfall verschieden schwer; das hängt von individuellen Verhältnissen ab. Zum Beispiel ist der Eingriff schwieriger bei Patienten, die schon lange Cystitis und entzündliche Veränderungen in der hypertrophischen Prostata hatten. — Was die Erfolge der galvanokaustischen Aetzung bei Impotenz anlangt, so glaubt F., daß es sich dabei wohl meist um eine suggestive Wirkung handelt; man kann den gleichen Erfolg oft auch durch Verbalsuggestion, sowie durch Einführen von Kühlsonden oder von Béniquébougies erzielen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 23. Juni 1913.
Vorsitzender: Herr Baginsky.

Vor der Tagesordnung:

Demonstration zum Mongolenfleck.

Herr **Mendelsohn**: Der Mongolenfleck ist eine angeborene blaugraue Färbung der Haut oberhalb der Rima ani, auch an den Nates und überall anderwärts vorkommend, zuweilen auch mehrfach; er ist verschieden, linsen- bis handtellergroß und im Niveau der Haut deutlich abgegrenzt; von selbst blaßt er ab, um im 1. bis 2. Lebensjahre zu verschwinden. Nach Baelz kommen in Japan alle Kinder damit zur Welt; auch bei Grönländern wurde er beobachtet, ebenso bei Chinesen und anderen Stämmen; er ist also kein spezifisches Rassenmerkmal, sondern nur ein quantitativer Rassenunterschied.

Vortr. sah einen 4 Wochen alten jüdischen Knaben, bei dem es nicht sicher war, ob der Fleck angeboren war; der Knabe starb im 11. Monat an Pneumonie. Die Sektion ergab nichts Besonderes. Charakteristisch sind nun bei der histologischen Untersuchung große plumpe Zellen, die bald spindel-, bald sternförmig in den mittleren und besonders den tieferen Schichten des Coriums sitzen. Man sieht enorme Mengen dieser Zellen, die gelb bis schwarz gefärbt sind; auch an der Brusthaut des Kindes kamen dieselben Zellen in den tiefen Schichten des Coriums vor. Auch beim Affen haben sie sich gefunden. Es ist also nichts Spezifisches.

Demonstration zur Spasmophilie und Parathyreoidinbehandlung.

Herr **Oswald Meyer**: Das Kind war bis zum 8. Monat gesund; dann kam es vom Lande nach Berlin und erkrankte an Laryngospasmus; dazu gesellten sich andere Spasmen. Es wurde mit größter Vorsicht behandelt, bekam molkenarme Kost, Gemüse, Lebertran; trotzdem litt es dauernd an karpopedalen Spasmen. Das Kind bekam ein Jahr lang keine Milch; es entstand schwere Rachitis. So bot der Knabe das Bild manifester schwerer Tetanie. Vortr. gab ihm Brom, Phosphor, Calciumacetat, Lebertran etc., Friedenthals Muttermilch, alles ohne Erfolg. Schließlich verabfolgte er Parathyreoidin-(Freund & Redlich)Tabletten, 3 mal täglich 0,1, für drei bis vier Wochen. Dabei gingen die Spasmen langsam zurück; wenig verändert hat sich die elektrische Erregbarkeit. Das auf 7—8 kg gesunkene Körpergewicht steht jetzt auf 10 kg. Möglich ist, daß eine Stoffwechselstörung bei der Tetanie vorliegt, ein Toxin im Blute kreist. Wir kennen nur seine Wirkung auf den Kalkstoffwechsel; vielleicht sind einmal die Epithelkörperchen durch Blutung etc. geschwächt worden; denkbar ist auch, daß bei normalen Organen das Gift übermächtig wird.

Eine Schwester des Kranken war bis zum 9. Monat gesund und starb trotz Behandlung mit Parathyreoidin; die Epithelialkörper waren bei ihr unverändert. Bei diesem Kranken wurde vermutlich der Kalkstoffwechsel günstig beeinflußt.

Diskussion:

Herr **Peritz** hat „Spasmophilie der Erwachsenen" mit elektrischer Uebererregbarkeit nach Pirquet — Kathodenöffnungszuckung — mit Parathyreoidin behandelt, aber nie einen Einfluß auf die elektrische Erregbarkeit festgestellt; meist fühlten sich die Kranken sehr wohl dabei und nahmen an Gewicht zu — bis um 12 Pfund. Darunter sind auch Epileptiker. Das Mittel ist sehr teuer; auch das Hoffmann-La Rochesche erfordert 1200 Epithelkörperchen für 3 Ampullen. Vielleicht wirken auch Thyreoideareste mit.

Herr **O. Meyer** (Schlußwort): Die spezifische Wirkung war gut. Sie hat sich in bezug auf die Spasmen in übertriebenem Sinne geäußert. Später gab er erheblich weniger.

Tagesordnung:

Beiträge zur Kenntnis der Pyelitis im Kindesalter
(mit klinischer Demonstration).

Herr **L. Langstein** hat eine große Anzahl von Pyelitis- bezw. Pyelocystitisfällen gesehen; oft schließen sie sich an akute Infekte, besonders die Grippe, an; nach jedem neuen Grippeinfekt flammt eine Pyelitis wieder auf. In einem Falle von Keuchhusten (der Friedländersche Bacillus wurde im Urin gefunden) trat nach 12 Tagen Exitus auf; es fand sich Pyelonephritis mit vergrößerten Nieren und miliaren Nierenabszessen. Ein Scharlachfall bekam am 14. Tage hohes Fieber; neben Otitis media fanden sich im Harn nur rote Blut-, wenige weiße Zellen. Die Ohroperation ergab Eiter in den Zellen des Warzenfortsatzes; aber das Fieber dauerte fort; am 4. Tage fand sich schwere Pyelitis, die also mit Hämorrhagie begonnen hatte. Das Leiden hat hier 3½ Jahre gedauert. In einem Falle von Hirschsprungscher Krankheit fand sich erhebliche Bakteriurie; dieses Kind war hochgradig verstopft. Oft entleerte es nur alle 6—7 Tage Stuhl; auch Harnverhaltung kam vor. Im Vordergrunde der Erscheinungen stand ein Tumor, der bis in die linke Seite des Bauches reichte, daneben eine hochgradig erweiterte Blase, die katheterisiert und ausgespült wurde; sie enthielt enorme Mengen eiterhaltigen übelriechenden Urins. Allmählich ging der Tumor zurück. Das Sediment besteht aus Staphylokokken; keine Zylinder, keine anderen Formelemente. Hier war wohl die Erweiterung des Darmes schuld an der Erkrankung der Blase mit Stauung des Urins, die auf das Nierenbecken übergriff. Herr Portner fand die Blasenschleimhaut blaß und zart; ab und zu trat aus dem rechten Uretermunde ein Eitertropfen. Vielleicht wandern von dem aufsteigenden Dickdarm Bakterien in die rechte Niere über. Die verschiedensten Medikamente wurden benutzt. Das Kind entleert jetzt regelmäßig Stuhl. Die Vergrößerung der Niere ist geschwunden.

Die schweren toxischen Formen sieht man bei Brustkindern; sie haben hohes Fieber, sind benommen, erbrechen, haben Durchfall, verweigern die Nahrung und lassen so an Hitzschlag denken. Der Urin ist fast reiner Eiter. Ein Teil genest doch wieder, wenn man Wasser und Medikamente gibt. Sehr häufig ist der meningeale Typ mit Nackensteifigkeit und Zwangslage. Störung des Atemtypus erklärt sich durch den bei der Zwerchfellatmung entstehenden Schmerz. Eine Form verläuft mit Ikterus. Auch Appendicitis wird öfters vorgetäuscht; die Hyperästhesie des Kindes macht eine gründliche Untersuchung unmöglich. Erst der Urin löst das Rätsel.

Nach Göppert genügt zur Diagnose die Gegenwart von 5—6 Leukocyten in jedem Tropfen nichtzentrifugierten Urins. Es kann auch starke Pyurie ohne Fieber bestehen. Der hämorrhagische Charakter läßt auch an Calculus oder Nephritis im Beginne denken.

Es handelt sich um Colicystitis ohne Harndrang, ohne Schmerzen bei der Miktion. Die Nierenbeckenschleimhaut allein ist entzündet. Nach Escherich kriechen die Bakterien aufwärts. Das gilt aber nicht für die Mehrzahl der Fälle; es kommt auch die hämatogene Uebertragung (Infektionskrankheiten) und die vom Darm aus vor. Häufig finden sich auch Staphylokokken, Friedländersche Bacillen. Ein Teil der schweren Formen läßt sich durch Harnvergiftung (Finkelstein) erklären; sonst sind Inanition und besonders Wasserhunger schuld. Auch bei schwersten Fällen kommt klarer Harn vor, wenn nämlich der Ureter (zumal bei palpabler Niere) verstopft ist. Der Verlauf ist kaum im voraus sicher zu bestimmen; aber in 90 pCt. ist er günstig. Wie häufig schließt sich Nephritis an? Was wird aus ihnen? Ein Knabe bekam während einer Ernährungsstörung im Säuglingsalter Pyelitis, die jeder Behandlung trotzte. Israel nahm die Nephrotomie im 4. Lebensjahre vor; es fand sich kein Stein, aber eine deutlich verkleinerte, schrumpfende Niere. Im achten Lebensjahre starb der Knabe an typischer Schrumpfniere und Urämie. Nach Heubner geht das Leiden oft in Nephritis über.

Man soll reichlich Wasser zuführen, besonders bei den toxischen Formen; aber auch gründliche Ernährung ist, evtl. mittels Sonde, nötig. Nothmann empfiehlt die Malzsuppe. Aber Kohlehydrate führen leicht zu Durchfällen.

In schweren Fällen gibt Vortr. 0,6—0,8 Salol mehrmals täglich, zuweilen zusammen mit Urotropin; letzteres könnte man prophylaktisch anwenden; bei Scharlach hat es sich gegen Nephritis nicht bewährt, aber vielleicht verhütet es Pyelitis. Die Alkalitherapie versagte und machte unangenehme Magen-Darmstörungen. Auch von der Vaccination sah er keinen Erfolg, dagegen einmal nach der dritten Injektion schweres Fieber, blutigen Stuhl und Prostration. Vielleicht war es Anaphylaxie.

Diskussion:

Herr **Davidsohn**: Eine Kurve zeigt, daß die Alkalitherapie zweischneidig ist. Der 21 Monate alte Knabe, mehrfach ohne Erfolg behandelt, bekam 3,0 Kalium citricum, um den Urin nur neutral zu machen (verlangt wird Alkaleszenz). In den ersten 6 Tagen folgten leichte Temperaturschwankungen, dünne Stühle, Gewichtsabfall, am 7. Tage bedrohlicher Zustand, Verfall, hohe Temperatur, spritzende Stühle und Gewichtssturz. Nach Aussetzen der Medikation besserte sich das Befinden völlig. Die Dosierung soll bei jungen Kindern und Säuglingen vorsichtig sein.

Experimente ergaben hinsichtlich des Einflusses der Alkalisierung des Urins, daß sie nicht ausreicht, um die Kolibakterien zu beeinträchtigen; eher tut dies eine leicht saure Reaktion. Die Wirkung des Kal. citricum auf die Pyelitis liegt wohl auf einer anderen Bahn. Die Uebersäuerung des Urins hat gar keinen Erfolg gezeitigt.

Herr **Cassel**: Die Pyelitis wird in der Praxis nicht selten verkannt; entweder man untersucht nicht den Harn oder es ist den praktischen Aerzten unbekannt, daß die eitrige Infektion des Harntraktus so schwere Erscheinungen macht. Sicher

Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 30

Soeben erschien das seit Jahren von der ganzen Aerztewelt mit Spannung erwartete Werk:

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten

H. Neumanns Briefe an einen jungen Arzt

Sechste gänzlich veränderte und erweiterte Auflage

bearbeitet von

weil. Prof. Dr. H. NEUMANN (Berlin) und Dr. E. OBERWARTH (Berlin)

Mit einem Bildnis H. Neumanns

666 Seiten. Oktav. Preis: geheftet M 12.—, elegant gebunden M 14.—

Leider war es Hugo Neumann nicht mehr vergönnt, das Erscheinen der fast durchweg von ihm selbst umgestalteten Briefe, denen er die Hauptarbeit seiner letzten Lebensjahre gewidmet hat, noch zu erleben. Daß aber die drei nicht von ihm neu bearbeiteten Briefe ganz in seinem Sinne geschrieben sind, beweist die Tatsache, daß Hugo Neumann sich selbst mit seinem langjährigen Mitarbeiter Dr. Ernst Oberwarth zwecks Herausgabe seiner Briefe vereinigt hat.

Die Besitzer früherer Auflagen des obigen Buches werden sich auch die Neuauflage zweifellos anschaffen. Um aber auch denjenigen Herren, welche Neumanns Briefe noch nicht kennen, einen ungefähren Einblick in deren Reichhaltigkeit zu gewähren, seien die Themata der einzelnen Briefe nachstehend veröffentlicht:

Inhalt.

ist, daß die größte Zahl der Infektionen Kontaktwirkung ist. Denn meist handelt es sich um Mädchen; unter C.s 66 Fällen waren 65 Mädchen. Die Kontaktinfektion erfolgt durch die kurze Urethra der Mädchen; einmal lag Gonorrhoe vor. Redn. hatte 10 chronische Fälle, die bis zum 4.—7. Jahre dauerten. Es gibt zwei Arten des Verlaufes. Bei den leichten Fällen tritt ab und zu Fieber auf sowie eitriges Sediment mit vielen Kolibacillen. Die anderen schweren Fälle haben ein grobes dickes Sediment mit vielen Formelementen und Bakterien; dann denkt man an Tuberkulose, bis der Tierversuch negativ ausfällt. Hämorrhagische Formen sah Redn. nie. In chronischen Fällen reicht Salol nicht aus; auch Karlsbad, Neuenahr und andere Bäder halfen nicht; es kommen auch spontane Heilungen vor. Die lokale Behandlung ist in akuten Fällen gefahrvoll. Ohne innere Behandlung kommt man nicht weiter. Bei chronischen Fällen war mitunter die lokale Therapie erfolglos; auch birgt sie die Gefahr der Weiterinfektion in sich.

Herr **Portner**: Die Urologen trennen die Pyelitis bezw. Pyelonephritis strenger, weil davon die Prognose abhängt. Erstaunliche Heilungen beruhen darauf, daß keine Zerstörung der Niere, sondern schwerer Katarrh der Beckenschleimhaut vorliegt. Zylinder sieht P. oft bei Pyelitis und schweren Nierenabszessen. Viel Eiweiß soll für Pyelonephritis sprechen; aber es ist schwer, den Eiweißgehalt von dem Eitergehalt zu sondern. Einfache Pyelitis dauert oft lange an; starker Eitergehalt entspricht durchaus nicht der Schwere des Krankheitsbildes; oft haben gerade die schwersten Formen von Pyelonephritis minimalen Eitergehalt.

So ist eine Differentialdiagnose oft unmöglich. Nierensteine sind beim Kinde selten und bedingen Koliken. Aber Tuberkulose kann die gleichen Symptome bilden; sie ist durch Tierversuch auszuschließen. Bei chronischem Verlauf muß man an beides denken. Manche Kinder fühlen sich auch bei dauerndem Eiterharn wohl; plötzlich steigt das Fieber an; es schwindet nach 2 Tagen bis zum nächsten Anfall. Aehnlich ist es bei Erwachsenen, z. B. vor den Menses und bei Prostatikern. Andere fiebern wochenlang schwer bei bestem Wohlbefinden. Pyelonephritis mit miliaren Abszessen gibt eine ungünstige Prognose. Die einfache Pyelitis heilt meist mit und ohne Maßnahmen aus. Die Prognose ist zweifelhaft. Einzelne schwere Fälle sterben; die meisten chronischen leichten heilen.

In chronischen Fällen ist es gut, die Antiseptica wegzulassen. Die Vaccination hatte bei Erwachsenen mehrmals gute Erfolge.

Herr **Fränkel** hat gegen 10 pCt. Knaben mit Pyelitis gesehen; 2 mal versagte das Urotropin als Prophylakticum gegen Scharlach.

Herr **Lewin**: Seine Beobachtungen lassen darauf schließen, daß, je nach der Reaktion des Harnes, einmal Salol, einmal Urotropin besser wirkt.

Herr **Rosenstern** hat Hämaturie beobachtet. Man denkt oft an Barlow, Tuberkulose und Nierensteine. Hämaturie findet man bei allen Infektionskrankheiten, sogar nach Pockenimpfung.

Herr **Czerny** sieht die scheinbare Cystitis der Säuglinge als Nephritis an; er unterscheidet eine Form, die der parenchymatösen Nephritis gleicht, und eine eitrige; bei diesen sitzen die mikroskopischen Abszesse unter der Rinde. Die verschiedene bakteriologische Aetiologie erklärt, daß die therapeutischen Maßnahmen nicht gleichmäßig ausfallen.

Herr **Eckert** sah dreimal auf dem Sektionstisch Erkrankungen der Ausführungsgänge.

Herr **Baginsky** sah mehrfach als Ursache den Bacillus pyocyaneus.

Herr **Finkelstein** hat bei Wasserbehandlung die Prognose des akuten Stadiums wesentlich gebessert, was er Czerny gegenüber betont.

Herr **Langstein** (Schlußwort) hat keine therapeutische Differenz bei saurer oder alkalischer Reaktion gesehen; er möchte doch eine Pyelitis neben der Nephritis aufstellen und die Sektionsbefunde nicht für beweisend ansehen. Mode.

---

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 26. bis 29. März 1913.

(Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Katzenstein.)

(Fortsetzung.)

Herr **Borchardt** (Berlin): **Sinus pericranii.**

Zu den Erkrankungen des Gehirns, welche Erscheinungen von Hirntumor hervorrufen, kann ausnahmsweise der Sinus pericranii gehören. Sieht man von den traumatischen Formen ab, so handelt es sich meist um zirkumskripte Varicen und Angiome, die mit einem Sinus in Verbindung stehen und nur lokale Erscheinungen machen. Gelegentlich aber treten die schwersten Hirnerscheinungen auf, bedingt durch eine mehr oder weniger diffuse Beteiligung der Schädel- bezw. Hirngefäße.

B. fand bei einer 26 jährigen Frau neben einem pulsierenden Kavernom am Hinterhaupt, an der Grenze von Sagittal- und Parietalnaht, doppelseitige Stauungspapille, die er auf gleichzeitige Kavernombildung an einer anderen Stelle des Gehirns bezog. Das Röntgenogramm des Schädels zeigte erweiterte Knochenkanäle, die auch als kongenital aufgefaßt wurden. Die vorgeschlagene Operation wurde abgelehnt. Nach einigen Wochen schneller Verfall der Kranken unter heftigsten Kopfschmerzen, Halbseiten- und Schlucklähmung und Exitus letalis.

Die Sektion zeigte das Kavernom am Sinus sagittalis mit dem Kavernom der Kopfschwarte in Verbindung, Erweichung fast sämtlicher Sinus, Erweichung, Schlängelung und streckenweise Varicenbildung der Venae meningeae. Erweichung und Vertiefung der den Gefäßen entprechenden Knochenkanäle, an mehreren Stellen Perforation der Schädelknochen, also eine mehr oder weniger diffuse Beteiligung des ganzen Venensystems, die stellenweise zu einfacher Erweichung, stellenweise zur Erweichung, Schlängelung, Varicen- und Kavernombildung geführt hatte, eine Erkrankung, die man Phlebectasia progressiva cranii et cerebri zu benennen berechtigt ist, zumal die Arterien alle normal waren.

Die Therapie muß in solchen Fällen in der Exstirpation der evtl. vorhandenen Gefäßgeschwulst und dekompressiver Trepanation bestehen.

Bezüglich der Operation der **Acusticustumoren** empfiehlt B. wie v. Eiselsberg möglichst schonendes Vorgehen und den weiteren Ausbau der von ihm zuerst vorgeschlagenen Methode durch die Felsenbeinpyramide hindurch. Zur Bekämpfung der häufig deletären Atemstörungen empfiehlt er ausgiebigste Anwendung der künstlichen Atmung, evtl. der Tracheotomie. Er warnt vor Einführung der Melzerschen Intubation in Fällen, wo die Trachea schon voll Schleim ist.

Die Tubage wäre als Prophylakticum statt der gewöhnlichen Narkose zu empfehlen, um das Auftreten der Atemstörungen zu verhindern. Er selbst operierte allerdings meist in Lokalanästhesie.

Herr **Mertens** (Zabrze) hat einen Fall von **Acusticustumor** mit Erfolg exstirpiert.

Herr **Franke** (Braunschweig) erinnert an die Möglichkeit nichtoperativer Heilung gewisser Hirnerkrankungen. Er hat mit intravenöser Sublimatinjektion einen Fall von **Hirngummi** sowie eine Erkrankung an akut epileptischen Anfällen geheilt.

Herr **Meisel** (Konstanz) hat einen **Fall von Epilepsie** durch Einwirkung einer Kokain-Adrenalinlösung auf die Dura des freigelegten Gehirns geheilt.

Herr **Spechtenhauer** (Wels) demonstriert **Instrumente**, die rasche Ausführung der **Trepanation** ermöglichen.

Herr **v. Eiselsberg** (Wien) bemerkt in seinem **Schlußwort**, daß er das Vorhandensein der Meningitis serosa als Ursache schwerer Störungen leugne, daß diese Erkrankung zu häufig diagnostiziert werde. Bei der Operation der Hypophysistumoren scheint die radikale Entfernung der Geschwulst nicht unbedingt erforderlich, wie mehrfache Beobachtungen ergeben haben.

Herr **Kümmell** (Hamburg): **Das spätere Schicksal der Nephrektomierten.**

Mitteilung der Späterfolge seines eigenen unter einheitlichen Gesichtspunkten behandelten Krankenmaterials. Im ganzen wurden 782 Nierenoperationen ausgeführt; davon 70 Nephropexien, 51 Dekapsulationen, 7 Resektionen, 238 Nephrotomien, 386 Nephrektomien und etwa 30 andere Operationen.

Die Tuberkulose der Nieren bildet gerade in bezug auf das endgültige Schicksal der Operierten ein sehr interessantes Gebiet. Bei 150 wegen Nierentuberkulose Operierten lagen fünf doppelseitige Erkrankungenn vor, infolgedessen nur die Nephrotomie ausgeführt werden konnte.

Von den 145 Nephrektomierten starben 30 innerhalb der ersten 6 Monate nach der Operation. Von den überlebenden 115 starb ein Fall nach einem Jahre, einer nach 1½ Jahren, vier nach 2 Jahren, einer nach 3 und sieben nach 4—5 Jahren, meist an Tuberkulose der anderen Niere oder allgemeiner Tuberkulose. Eine Dauerheilung von 2—25 Jahren weisen 75—80 pCt. der Operierten auf. Die wegen einer Geschwulst Nephrektomierten geben bezüglich der Dauerheilung keine so günstigen Resultate. Die Prognose ist eine günstigere, wenn die Kapsel noch nicht durchbrochen ist. Wegen bösartiger Geschwülste wurden 58 Patienten operiert; es starben im Laufe der ersten 6 Monate 19; von den 39 restierenden wurden vier nicht eruiert. 2 und 3 Jahre nach der Operation waren noch zehn ohne Rezidiv; zwölf Patienten zwischen 4 und 15 Jahren. Sechs Patienten waren noch in Behandlung. Es geht demnach ein großer Teil der Operierten bei fortgeschrittenem Tumor innerhalb des ersten Jahres an Rezidiv zugrunde, nach vierjähriger Rezidivfreiheit kann man von einer Dauerheilung sprechen.

Das spätere Schicksal der wegen Hydronephrose (35 Fälle) und der wegen Pyonephrose (118 Fälle) Operierten ist ein gutes, vorausgesetzt, daß die andere Niere gesund ist. Dagegen gehen die wegen Nephritis Nephrektomierten einer ungünstigen Zukunft entgegen. Nicht absolut infaust ist die Prognose bei den Fällen, bei denen gleichzeitig mit der einen Niere auch die andere erkrankt ist. Es bessern sich die Erscheinungen bei der leicht erkrankten Niere zuweilen, nachdem das schwer in-

fizierte Schwesterorgan entfernt ist. Individuen mit einer Niere sind gegen bestimmte Gifte empfindlicher, deshalb ist bei Operationen solcher Patienten Aether zu verwenden. Vortr. hat auch die Schwangerschaft bei Einnierigen studiert und 17 Graviditäten zusammenstellen können. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem eine Nephritis auftrat, verlief die Entbindung ebenso normal und ungestört wie bei normalen Frauen. Kongenitale Defekte einer Niere sowie Hufeisennieren hat Vortr. sechs bezw. vier beobachtet. Wird, wie Vortr. beobachtete, bei einem solchen Menschen die einzige Niere durch ein Trauma schwer zertrümmert oder durch Stein u. dergl. obturiert, so ist die Prognose sehr ungünstig.

Wenn auch Patienten mit einer Niere als militäruntauglich gelten, so hat Vortr. eine Erfahrung von der großen Leistungsfähigkeit eines Offiziers, dem eine Niere entfernt war, machen können. Er ist auch dafür, Frauen mit einer Niere die Heiratserlaubnis zu geben oder Individuen die Aufnahme in eine Lebensversicherung nicht zu verweigern, wenn vier Jahre seit der Operation vergangen sind.

Herr **Baetzner** (Berlin) teilt die Erfahrungen aus der Bierschen Klinik mit. Von 100 Nephrektomierten leben zurzeit 60. Die ungünstigsten Verhältnisse zeigen die Tumoren; alle 18 beobachteten Fälle sind an lokalem Rezidiv oder an Metastasen gestorben. Sehr günstige Resultate ergeben dagegen alle übrigen Fälle. Nicht nur die wegen Hydronephrose und Pyonephrose, sondern auch die wegen Tuberkulose Nephrektomierten. Von 27 wegen Tuberkulose Nephrektomierten leben 20, davon sind 14 vollkommen gesund und arbeitsfähig. Sechs haben Blasenbeschwerden. Auch hier handelte es sich fast ausschließlich um schwerste Formen. Diese Erhebungen ergeben, daß die durch Verbesserung der funktionellen Untersuchungsmethoden gemachten Fortschritte sehr wesentlich sind.

Herr **Voelcker** (Heidelberg) tritt ebenfalls energisch für die operative Behandlung der Nierentuberkulose ein. Denn wenn auch die Herde oft nur klein seien, so sei eine Heilung eines zirkumskripten Knotens kaum möglich und führe allmählich im Laufe von Jahren zur käsigen Einschmelzung der gesamten Niere. Nur ausnahmsweise sollte man unter dem Drucke äußerer Verhältnisse konservativ verfahren, dann aber stets nur unter genauer Berücksichtigung der Funktion der erkrankten Niere.

Herr **Tietze** (Breslau) betont, daß nach Nephrektomie weiblicher Personen möglichst die Gravidität zu vermeiden sei, da er die Schädigung der Niere durch Ureterkompression auf Grund von experimentellen Untersuchungen befürchtet.

Herr **Zondek** (Berlin) betrachtet das Herz und das gesamte Gefäßsystem nicht allein in genetischer, sondern auch funktioneller Hinsicht als homologe Gebilde und findet darum die sehr nahen Beziehungen zwischen Herz und Niere in gewisser Hinsicht in dem sehr großen Gefäßreichtum der Niere begründet. Aber auch bei bestehendem Herzfehler kann, wie der Vortr. beobachtet hat, nach Nephrektomie das Leben viele Jahre erhalten bleiben. Ferner zeigt Z. an einem Falle von Nephrektomie und schwerer Erkrankung der restierenden Niere, mit wie wenig Nierenparenchym der Organismus auskommen kann.

Herr **Graser** (Erlangen): **Klinische Beobachtungen über Nerveneinflüsse auf die Nierensekretion.**

Vortr. betont, daß trotz aller Fortschritte der Nierendiagnostik ein Bedürfnis bleibt, auch einfachere Hilfsmittel für Diagnose auszubauen. Bei den bekannten Schwierigkeiten der Feststellung, ob eine Reihe von unklaren Beschwerden im Abdomen überhaupt auf die Niere oder ein anderes Organ zu beziehen sind, hat sich ihm ein einfaches Hilfsmittel als wertvoll erwiesen. Bei einer großen Reihe, besonders einseitiger, Nierenerkrankungen (schwerere Fälle von Wandernieren, Steinerkrankungen, Tumoren, Tuberkulose) hat er gefunden, daß die einzelnen Urinportionen, wie sie von den Patienten gelassen wurden, sehr auffallend regellose Schwankungen im spezifischen Gewicht aufweisen, die sich nicht nur durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Verdünnungen erklären lassen. Aus Kontrollversuchen hat sich ergeben, daß unter normalen Verhältnissen in der Regel die Schwankungen nicht mehr als etwa 10 Einheiten betrugen und daß Differenzen von 15 Einheiten von der einen Portion zur anderen doch immer stutzig machen müssen, ob hier nicht besondere Einwirkungen einer kranken Niere auf die Sekretion stattfinden. Bei einem Fall von einseitiger Nierentuberkulose mit Verschluß des Ureters konnte Graser nachweisen, daß die vorher sehr starke Verschiedenheit in der Konzentration nachher nach der Entfernung der kranken Niere einer auffallenden Gleichmäßigkeit Platz machte. Er hält daher auch die nächstliegende Erklärung, daß der dünne Urin durch starke Beteiligung der kranken Niere entsteht, für falsch und glaubt vielmehr die merkwürdigen Schwankungen auf fördernde oder hemmende Nerveneinflüsse, die von der kranken Niere auch auf die gesunde einwirken, zurückführen zu müssen. Er bespricht die anatomischen und physiologischen Verhältnisse, soweit sie bekannt sind, und betont namentlich die Häufigkeit der Reflexe im Experiment und in klinischen Beobachtungen. Man muß sich aber heute noch mit Allgemeinausdrücken wie „Nerveneinflüssen", „Schädigung", „Ueberempfindlichkeit" begnügen, da uns diese Gebiete noch nahezu unzugänglich sind. Zum Schluß verweist Graser auf den Beginn einer exakten Aufklärung, wie sie die Studien eines seiner Schüler eingeleitet haben. (Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Geschichte der Medizin. Von Dr. med. et phil. **Paul Diepgen,** Privatdozent für Geschichte der Medizin in Freiburg i. Br. I. Altertum. (Sammlung Göschen No. 679.) Berlin und Leipzig 1913, G. J. Göschens Verlagshandlung. 116 S. 0,90 Mark.

Es ist dankenswert, daß die bekannte Sammlung Göschen nun auch eine kurzgefaßte Geschichte der Medizin bringt. Es wird so dem Studierenden der Medizin, der bei dem heutigen Studienplan nur ausnahmsweise Zeit findet, sich mit der Geschichte der Medizin auch nur oberflächlich zu beschäftigen, eine bequeme Gelegenheit geboten, wenigstens über die wichtigsten Grundzüge der Medizingeschichte einen Ueberblick zu gewinnen. Auch die weiteren Kreise der Gebildeten werden aus dieser kurzen Darstellung Interesse und Verständnis für die Geschichte der Medizin und des ärztlichen Standes und ihre Beziehungen zur allgemeinen Kulturgeschichte gewinnen. Der vorliegende 1. Band umfaßt die Heilkunde der orientalischen Völker (Assyrer, Babylonier, Aegypter, Israeliten, Inder, Chinesen, Japaner) und ausführlicher die Darstellung der Heilkunde bei den alten Griechen und Römern. R. L.

Die Ernährung und Pflege des Kindes mit besonderer Berücksichtigung des ersten Lebensjahres. Von Medizinalrat Dr. **Franz C. R. Eschle,** Direktor der Pflegeanstalt des Kreises Heidelberg zu Sinsheim a. E. Sechste Auflage. Leipzig 1912, Verlag von Benno Konegen. Preis 2,50 M., geb. 3 M.

Die vorliegende Auflage ist, soweit Stichproben ergeben, der wörtliche Abdruck der 5. Auflage, die wir in No. 36 des Jahrganges 1910 dieser Zeitung anzeigen konnten.

Arzt und Kinderstube. Ein Trostbüchlein für junge Mütter. Von Dr. **Eug. Neter.** München, Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin). Preis 1 M.

In 8 Aufsätzen werden eine Anzahl von Fragen der Säuglings- und Kinderernährung, wie auch der Kinderpflege erörtert. — Wir können dieser neuesten Arbeit Neters, der wie selten einer volkstümlich zu schreiben versteht, nur die weiteste Verbreitung wünschen und hoffen, daß hierzu die Aerzte recht eifrig beitragen mögen. R.

Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung und geheimnisvolle Lebensäußerungen des Körpers. Oeffentliche im hamburgischen Vorlesungsgebäude in den Wintern 1911 und 1912 gehaltene Vorlesungen. Von Dr. **Hans Much,** Oberarzt am Eppendorfer Krankenhause. Mit 22 Abbildungen im Text. Würzburg 1913, Verlag von Kurt Kabitzsch. 117 S. 2,50 M. (geb. 3 M.).

In einer Reihe von allgemeinverständlichen Vorträgen werden hier für einen Leserkreis von Nichtmedizinern die Grundbegriffe und wichtigsten Tatsachen der modernen Bakteriologie, Seuchenlehre und Immunitätswissenschaft geschildert. Dem als Forscher bestens bekannten Verfasser ist es trefflich gelungen, das von ihm vertretene Gebiet der medizinischen Wissenschaft durch seine lichtvolle Darstellung dem Verständnis weiterer Kreise zu erschließen. Nur in der Berücksichtigung mancher allerneuesten, nicht genügend begründeten Ergebnisse hätte der Verfasser größere Zurückhaltung üben können. Denn solche allerneuesten Ergebnisse der medizinischen Forschung werden leider häufig sehr bald als irrig erkannt. Dies gilt z. B. von dem Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blut auch bei klinisch tuberkulosefreien Personen, das Verf. als erwiesene Tatsache hinstellt, während es durch ganz neue Untersuchungen wieder zweifelhaft geworden ist. Wozu derartige zweifelhafte Dinge voreilig in eine populäre Darstellung aufnehmen? Abgesehen von derartigen Einzelheiten verdient das Buch durchaus Empfehlung.

Kochbuch strenger Diät für Zuckerkranke. Bearbeitet von Frau **Helene Kraft** nach Anweisung von Sanitätsrat Dr. **G. Beyer,** Arzt in Dr. Lahmanns Sanatorium „Weißer Hirsch". Dresden, Verlag von Holze & Pahl. 266 S. Geb. 4,50 M.

Vorliegende Anleitung für die strenge Diabetikerküche verfolgt rein praktische Zwecke. Sie besteht aus einer übersichtlich geordneten reichlichen Sammlung detaillierter Kochrezepte für Suppen, Fischgerichte, Fleischspeisen, Eierspeisen, Gemüse, Salate, Saucen, Süßspeisen usw., welche für die strenge Diabeteskur zugelassen werden dürfen. Auf die Verwendung von Mehlarten wurde gänzlich verzichtet. Man erkennt aus diesem Kochbuch, daß man auch die Diabetikerkost abwechselungsreich gestalten kann, wenigstens, wenn man über das nötige Kleingeld verfügt. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgeburg, soziale Medizin etc.

Berlin. Die Krankenkassenverbände hatten im Hinblick auf die Möglichkeit, daß bei der **Einführung der Reichsversicherungsordnung** an manchen Orten nicht rechtzeitig eine vertragsmäßige Regelung der Kassenarztfrage zustande kommt, an die Reichsregierung die dringende Bitte gerichtet, ihnen durch alsbaldige Inkraftsetzung des § 370 der Reichsversicherungsordnung, der die Ablösung der ärztlichen Behandlung durch eine Geldleistung vorsieht, die Möglichkeit zu geben, ihren Verpflichtungen gegen die Kassenmitglieder nachzukommen. Der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) hat darauf folgenden **Erlaß** herausgegeben: „Soweit die Krankenkassen ohne eigenes Verschulden außerstande sein werden, rechtzeitig mit Wirkung vom 1. Januar 1914 an Verträge zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten zu schließen, müssen sie allerdings in der Lage sein, sofort mit jenem Zeitpunkt das für diesen bedauerlichen Fall im Gesetze vorgesehene Aushilfsmittel der Zubilligung eines erhöhten Krankengeldes anzuwenden. Eine Lücke, in der die Versicherten weder die ordnungsmäßigen noch die außergewöhnlichen Leistungen ihrer Kasse zu erhalten vermögen, darf keinesfalls eintreten. Ich halte es daher für geboten, daß gegebenenfalls schon vor dem 1. Januar 1914 alle die im § 370 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Vorkehrungen getroffen sein müssen, welche die alsbaldige Anwendung seines materiellen Inhalts, d. h. der Gewährung der Ersatzleistung an Stelle der unmittelbaren ärztlichen Fürsorge, schon mit jenem Tage ermöglichen. Hierzu bedarf es indessen nicht des erbetenen Erlasses einer kaiserlichen Verordnung wegen Inkraftsetzung jenes § 370, vielmehr reichen dafür die bestehenden Vorschriften, insbesondere der Artikel I des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung, vollkommen aus. Die Vorschriften dieses Einführungsgesetzes haben das Ziel im Auge, daß in dem Augenblick, in dem die Reichsversicherungsordnung voll in Kraft tritt, bereits ausnahmslos alle diejenigen Einrichtungen geschaffen und diejenigen Maßnahmen getroffen worden sind, ohne welche das Gesetz nicht funktionieren kann. Hierhin gehört es, daß schon vor dem 1. Januar 1914 Organe vorhanden sein müssen, die für die Kasse die nötigen Verträge mit Aerzten zu angemessenen Bedingungen nicht rechtzeitig abschließen können und wo infolgedessen die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder für den 1. Januar 1914 gefährdet ist, rechtzeitig vor dem bezeichneten Tage die erforderlichen Schritte tun, um wenigstens die in § 370 der Reichsversicherungsordnung zugelassene Ersatzleistung gewähren zu können, und daß die dabei beteiligten Behörden ebenfalls rechtzeitig ihre erforderlichen Entscheidungen treffen. (So lautet der offenbar verstümmelte Satz in unserer Vorlage. Red.) Sowohl die prinzipale Vertragsschließung mit den Aerzten, als auch die subsidiäre Erwirkung der Genehmigung des Oberversicherungsamtes gemäß § 370 der Reichsversicherungsordnung sind Maßnahmen zur Durchführung von Vorschriften der Reichsversicherung im Sinne des Artikels 1 ihres Einführungsgesetzes. Da es mir wichtig erscheint, daß über den besprochenen Punkt keine Unklarheit besteht, habe ich alle Bundesregierungen von meiner vorstehend dargelegten Auffassung in Kenntnis gesetzt und bei ihnen eine entsprechende Belehrung der beteiligten Stellen angeregt."

Dresden. Die Frage der **Eintragungsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine** ist in ein neues Stadium getreten. Das Oberlandesgericht Dresden hat nämlich beschlossen, die Beschwerde der Kassenarztvereine Zwickau-Stadt und Land gegen den Beschluß des Landgerichts Zwickau, ihre Eintragung in das Vereinsregister abzulehnen, an das Reichsgericht zur Entscheidung weiterzugeben. Das sächsische Oberlandesgericht kennzeichnet damit seine Stellung dahin, daß es auf dem entgegengesetzten Standpunkt wie das preußische Kammergericht in dieser Frage steht.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Königsberg i. Pr. Dr. med. et phil. Otto Riesser hat sich für medizinische Chemie, Dr. Walter Benthin für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

Göttingen. Dem Privatdozenten der inneren Medizin Dr. Lichtwitz ist der Professortitel verliehen worden.

Münster. Der Ausbau der hiesigen Universität durch Einfügung einer **medizinischen Fakultät** ist jetzt gesichert, da das Stadtverordnetenkollegium soeben 500 000 M. für diesen Zweck bewilligt hat.

Leipzig. Zum Nachfolger des mit dem Semesterschluß in den Ruhestand tretenden Ordinarius der Hygiene Prof. Franz Hofmann ist der Vertreter dieser Disziplin in Bonn Prof. Dr. Walter Kruse berufen worden.

München. Der Referent für die Medizinalangelegenheiten im bayerischen Ministerium des Innern Ministerialrat Ludwig Huber ist von der hiesigen medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden.

Wien. Auf eine Eingabe des Professorenkollegiums der medizinischen Fakultät hat das Unterrichtsministerium bezüglich der endgültigen Regelung der Zahl der medizinischen und chirurgischen **Universitätskliniken** in Wien mitgeteilt, daß die derzeitige dritte medizinische Klinik, welche Hofrat Dr. Ortner leitet, aufgelassen wird. Prof. Dr. Ortner übernimmt die zweite medizinische, ehemals Neussersche Klinik. Die vierte medizinische Klinik, deren Vorstand Prof. Dr. Chvostek ist, wird als dritte medizinische Klinik weiter betrieben werden. Die Oberleitung der neuen chirurgischen Klinik, an der vor allem Anfängerkurse abgehalten werden sollen, wird in den Händen der beiden Klinikenvorstände Hofräte Hochenegg und Freiherr v. Eiselsberg ruhen.

— Dr. Max Kassowitz, außerordentlicher Professor der Kinderheilkunde, ist im 71. Lebensjahre gestorben. Erst spät hatte er sich der akademischen Laufbahn zugewendet; 1885 habilitiert, war er 1891 zum Professor extraordinarius ernannt worden. Ein überaus kritischer Kopf, hat Kassowitz nicht nur sein Spezialgebiet, die Pädiatrie, durch eine größere Zahl von Einzelabhandlungen und Monographien, speziell über Rachitis, gefördert, sondern auch die Probleme der allgemeinen Biologie in einer Reihe von Schriften zu ergründen gesucht. (Allgemeine Biologie, 4 Bde., 1899—1906; Metabolismus und Immunität 1907; Welt, Leben, Seele 1908.)

Krakau. Der Professor der inneren Medizin Dr. St. Parenski ist gestorben.

Zürich. Prof. Dr. Sauerbruch hat den an ihn ergangenen Ruf nach Halle auf Uebernahme des durch v. Bramanns Hinscheiden erledigten Lehrstuhl der Chirurgie nachträglich abgelehnt.

London. Beinahe 85 Jahre alt, ist der hervorragende Kliniker Jonathan Hutchinson gestorben, dessen Namen in der „Hutchinsonschen Trias" dauernd fortleben wird. Er ist als Chirurg, Ophthalmologe und Dermatologe tätig gewesen und hat hauptsächlich die Pathologie der hereditären Syphilis durch wertvolle Arbeiten gefördert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Mit der **Internationalen Tuberkulosekonferenz**, die unter dem Vorsitz von Léon Bourgeois (Paris) vom 22. bis 25. Oktober im Reichstagshause zu Berlin stattfindet, werden zwei achttägige hygienische Informationsreisen verbunden, von denen die eine von München über Nürnberg, Heidelberg, Baden-Baden, Frankfurt, Gießen, die andere von Düsseldorf über München-Gladbach, Leverkusen, Essen, Hamburg nach Berlin führt. Der Vorführung der Tuberkuloseorganisation im Großherzogtum Baden am 19. Oktober beabsichtigt die Großherzogin Luise beizuwohnen. Anmeldungen zu den Reisen und Versammlungen sind an den Generalsekretär der Konferenz Geheimrat Prof. Dr. Pannwitz, Berlin W., Schöneberger Ufer 13, zu richten.

Gerichtliches.

Leipzig. Das Landgericht in Memmingen hatte im März d. J. den Krankenbehandler R. wegen **fahrlässiger Tötung** zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Die Revision des Angeklagten ist kürzlich vom Reichsgericht verworfen worden.

Verschiedenes.

Berlin. Das erste **Mittelstandssanatorium**, das anläßlich des Regierungsjubiläums des Kaisers durch Zusammenwirken des Roten Kreuzes mit der Reichsversicherungs-Anstalt für Angestellte in Hohenlychen ins Leben gerufen worden ist, ist am 29. Juni feierlich dem Betriebe übergeben worden. Es ist für 80 versicherte und nichtversicherte weibliche Angehörige des Mittelstandes bestimmt und hat mit Genehmigung der Kaiserin den Namen Kaiserin-Augusta-Viktoria-Sanatorium erhalten.

Dresden. Eine populärhygienische **Wanderausstellung „Mutter und Säugling"**, die zunächst die Städte des deutschen Sprachgebietes bereisen soll, wird von der „Volksborngesellschaft für medizinische Aufklärung (Sitz Dresden)" vorbereitet. Das vorläufige Programm führt folgende Hauptgruppen auf: Eignung und Vorbereitung zur Elternschaft, — Eigenart des weiblichen Körpers und seine Veränderung durch die Schwangerschaft, — Geburt und Wochenbett, — Entwicklung des Kindes im Mutterlebie und im ersten Lebensjahre, — Pflege von Mutter und Kind (im besonderen die Bedeutung von natürlicher und unnatürlicher Ernährung), — Säuglingskrankheiten, — Säuglingssterblichkeit, — soziale Fürsorge für Mutter und Kind, — Geburtenrückgang. Die Lehren der wissenschaftlichen Forschung, sowie der ärztlichen, technischen und fürsorgerischen Erfahrung werden hier dem Volke in leichtverständlichen und anregenden Darstellungen vorgeführt. Vorträge, regelmäßige und besondere Führungen, praktische Kurse, Schriftenverteilung, kinematographische und andere Vorführungen sollen eng angeschlossen werden.

Die Ausstellung wird von dem Sozialhygieniker Dr. med. A. Luerssen geleitet, der bereits auf der internationalen Hygieneausstellung 1911 als Abteilungsvorsteher gewirkt hat.

— Zu der Frage der Errichtung einer **Universität** in Dresden, insbesondere einer medizinischen Fakultät, hat der Aerztliche Bezirksverein Dresden-Stadt kürzlich Stellung genommen und folgende Entschließung gefaßt: „Der Bezirksverein Dresden-Stadt hat sich in seiner heutigen Sitzung mit der Frage der Errichtung einer Universität, insbesondere einer medizinischen Fakultät, in Dresden auf Grundlage des Vortrages des Herrn Oberbürgermeisters Beutler und der Schrift von „Philacademicus“ beschäftigt. Bei voller Würdigung der Größe und Bedeutung des Planes hat die ärztliche Standesvertretung doch erhebliche Bedenken gegen die Errichtung.“

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Verzogen: Dr. J. Krantz von Aachen nach Wilhelmshagen, Elpern von Straßburg i. E., A. Karfunkel von München und A. Petersen von Plön nach Breslau, Dr. F. Cohn von Breslau nach Bad Kudowa, Dr. K. Stein von Oels, Dr. A. Umlauf von Groß-Karlowitz und Dr. K. Levi von Berlin-Schöneberg nach Landeck i. Schl., Dr. S. C. Jarzebowski von Neustadt b. Pinne nach Neumittelwalde, Dr. J. Zubar von Leubus nach Liegnitz, Unterarzt Dr. K. Frost von Berlin nach Sprottau, Dr. G. Schönherr von Schreiberhau nach Friedrichroda i. Thür., Dr. B. Hahn von Marburg nach Magdeburg, Dr. H. Huch von Duderstadt nach Heiligenstadt, Dr. F. Strangmeyer von Leipzig nach Nordhausen, Dr. W. Schulze von Halle a. S. nach Bleicherode, Dr. A. Rudolphi von Graal in Mecklenburg nach Tarp, Dr. K. v. Kügelken von Boldixum nach Rußland, Dr. H. Dieckert von Greifswald nach Schleswig, Oberarzt Dr. W. Krause von Flensburg nach Altona, Dr. M. Wagner von Hamburg nach Nienstedten (Hochkamp), Dr. E. Stürzinger von Würzburg nach Rendsburg, Dr. J. H. Reinhardt von Neumünster nach Wandsbek, Dr. R. Saul von Harburg nach Neugraben, Dr. F. Goldschmidt von Geestemünde nach Bremerhaven, Dr. E. Würfel von Zerbst nach Gestemünde, Dr. jur. F. Ebert von Gangkofen (Niederbayern) nach Wilhelmshaven, Dr. F. Schlottmann von Bukow in Mecklenburg nach Gadderbaum, K. Dikore von Düsseldorf und H. Pruns von Hamburg nach Gelsenkirchen, K. Wittich von Mainz, H. Paskert von Essen und H. Marxer von Augsburg nach Dortmund, Dr. A. Kappis von Geislingen nach Hagen, Dr. P. Schrey von Berlin nach Castrop, W. Baumer von Gelsenkirchen nach Siegen, W. Mannel von Berlin nach Fulda, K. E. R. Teppe von Fulda nach Hanau, Prof. Dr. M. B. Schmidt von Marburg nach Würzburg, B. Elsas von Mannheim.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. E. Baumann, F. Edinger, Dr. med. et phil. L. Flatow, Privatdozent Dr. W. Heuck, Dr. E. J. Loewy, Dr. F. Demmel, F. Röse und J. Stuhlberger in München, A. Degel in Abenberg, Dr. H. Hollechner in Mühlhof, Dr. R. Frank in Tirschenreut, Dr. R. Pickl in Freystadt, Dr. O. Gänsler und Dr. Josef Stein in Rosenheim, A. Honvehlmann in Neumarkt.

In den Ruhestand versetzt: Vom 1. Juli an der Landgerichtsarzt Medizinalrat Dr. Xaver Pickl in Eichstätt auf Ansuchen.

Praxis hat aufgegeben: Medizinalrat Dr. V. Erdt, Landgerichtsarzt in München.

Gestorben: Dr. A. v. Vogl, königl. Generalstabsarzt z. D. in München, Dr. R. Gack in München, Stabsarzt a. D. Dr. F. Büttner in München, Oberarzt a. d. Heil- und Pflegeanstalt Dr. G. Wagner in Bayreuth, Medizinalrat Dr. A. Solbrig, Bezirksarzt 1. Klasse a. D. in München.

Württemberg.

Gestorben: Dr. P. Ehebald in Ditzingen und Dr. Otterbach in Niederstetten.

Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Scheel in Rostock.

Sachsen-Weimar.

Gestorben: Priv.-Doz. Dr. Bennecke in Jena.

Schwarzburg-Rudolstadt.

Gestorben: San.-Rat Dr. Stauch, Bezirksphysikus in Rudolstadt.

Reuß jüngere Linie.

Gestorben: Dr. Grasemann und Geh. San.-Rat Dr. Weber in Gera.

Elsaß-Lothringen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Prof. Dr. Levy, San.-Rat Dr. Mosser in Hagenau.

Russischer Stanislaus-Orden 2. Kl.: Prof. Dr. Uhlenhuth in Straßburg.

Ende des redaktionellen Teils.

Dieser Nummer unserer Zeitung liegt die erste Nummer einer periodisch ausgegebenen Erscheinung der industriellen Publizistik bei, die für unsere Leser in mehrfacher Hinsicht lebhaftes Interesse bieten dürfte. Es handelt sich um die **S. F. B.; Mitteilungen aus der Sauerstoff-Fabrik G. m. b. H.**, Berlin N. 39, Tegeler Str. 15. (Herausgeber: Walter le Coutre, Berlin-Tempelhof.) Die Veröffentlichung gibt in großen Zügen einen Ueberblick über die erfreuliche Entwickelung der genannten Fabrik und damit der ganzen Sauerstoffbezw. Gasindustrie überhaupt, denn die Sauerstoff-Fabrik G. m. b. H., Berlin N. 39, ist auf diesem Gebiete anerkannte Führerin. Wir sehen den weiteren Nummern des anregend geschriebenen Industrieorgans mit Erwartung entgegen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110